4

DOCUMENTS POUR SERVIR A L'HISTOIRE

DE L'EXTIRPATION

DES

TUMEURS FIBREUSES

DE LA MATRICE

PAR LA MÉTHODE SUS-PUBIENNE



PAR

E. KŒBERLÉ

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg, Directeur du Musée anatomique, ancien chef des travaux anatomiques etc.



STRASBOURG

TYPOGRAPHIE DE G. SILBERMANN, PLACE SAINT-THOMAS, 3.

1864.

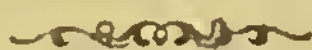
DOCUMENTS POUR SERVIR A L'HISTOIRE

DE L'EXTIRPATION

DES

TUMEURS FIBREUSES DE LA MATRICE

PAR LA MÉTHODE SUS-PUBIENNE.



L'extirpation de la matrice restée dans sa position normale a été complétement abandonnée et rejetée dans ces dernières années à la suite des tentatives malheureuses que l'on a faites dans le but de guérir les affections cancéreuses de cet organe. Cette opération vient d'être reprise sous de nouveaux auspices dans des conditions nouvelles et avec des résultats plus encourageants.

Il ne s'agit plus en effet de guérir le cancer du col ou du corps de la matrice, de traiter des tumeurs malignes, sujettes à récidive, parce qu'il est impossible de les atteindre dans toutes leurs ramifications; il s'agit de *l'extirpation des tumeurs fibreuses sous-péritonéales et interstitielles de la matrice, développées vers la cavité abdominale*, à même de troubler par leur siége ou par leur volume seulement, ou par la pression et l'irritation qu'elles exercent sur les organes voisins, les grandes fonctions de l'économie. Ces tumeurs avaient été jusqu'à présent abandonnées à elles-mêmes et étaient restées au-dessus des ressources de l'art. Elles sont absolument incurables et résistent à tout traitement médical. Les médications les plus variées que l'on a essayées ont été impuissantes à en arrêter les progrès, et l'on a condamné toute intervention chirurgicale, en raison des difficultés qui ont paru trop sérieuses. Dans ces derniers temps encore, M. NÉLATON [1] a déclaré que toute opération

[1] NÉLATON, *Éléments de pathologie chirurg.* Paris 1859, t. V, p. 794.

dirigée contre elles est impraticable. Néanmoins elles ont été extirpées un grand nombre de fois à la suite d'une méprise de diagnostic, et l'on a même tenté sciemment leur extirpation avec le corps de la matrice à plusieurs reprises; mais ces opérations sont restées à peu près inconnues et ensevelies dans un discrédit immérité.

Les tumeurs fibreuses de la matrice, appelées aussi *corps fibreux*, *fibroïdes*, *tumeurs fibroïdes*, sont d'une nature bénigne; elles sont formées par un amas de fibres connectives concentriques ou entrecroisées, lesquelles sont entremêlées de cellules fibro plastiques et de fibres fusiformes plus ou moins rapprochées les unes des autres et semblables aux fibres de l'utérus. Leur grosseur, leur nombre, leur forme, leur consistance, leur siége sont très-variables. Tantôt elles passent complétement inaperçues et ne produisent aucun symptôme qui décèle leur existence; tantôt elles donnent lieu à des symptômes plus ou moins graves et variés. Elles empêchent le plus souvent les grossesses d'arriver à terme, et elles constituent parfois, eu égard à leur siége, une cause de dystocie, ou donnent lieu à des complications sérieuses au moment de l'accouchement. Leur accroissement est plus ou moins rapide, suivant leur vascularité. Chez les femmes âgées ayant dépassé l'époque critique, elles restent souvent stationnaires, s'incrustent de sels calcaires, ou ne font plus que des progrès très-lents, parce que ces productions morbides, devenant moins vasculaires, sont privées alors des éléments nécessaires à leur développement, par suite de l'absence des congestions menstruelles et de l'atrophie de l'utérus. Elles apparaissent en général à l'âge de trente à quarante ans. Elles sont très-rares au-dessous de trente ans et très-communes au-dessus de quarante ans.

Suivant leur siége on les a distinguées en tumeurs fibreuses sous-muqueuses, interstitielles et sous-péritonéales.

Une opération chirurgicale peut seule en délivrer les malades lorsqu'il survient des accidents qui mettent la vie en danger ou qui rendent l'existence insupportable.

Les tumeurs fibreuses sous-muqueuses et les tumeurs fibreuses interstitielles développées au voisinage de la cavité utérine deviennent peu à peu intra-utérines en formant une saillie dans la cavité de la matrice, qu'elles distendent progressivement. Elles peuvent atteindre une grosseur très-variable.

Ces tumeurs sont plus ou moins étroitement pédiculées, polypiformes, et ont été désignées sous le nom de *polypes fibreux de la matrice*. Sous l'influence des contractions utérines, elles finissent par franchir le col utérin dans lequel elles proéminaient, et parviennent ainsi dans le vagin, où elles se pédiculisent de plus en plus. La tumeur prend alors un accroissement rapide et exerce peu à peu une compression sur les organes renfermés dans le bassin, sur le rectum, sur la vessie, sur les nerfs du plexus lombo-sacré. Le vagin dilaté et irrité par la présence de la tumeur s'enflamme quelquefois, s'ulcère et se perfore. D'autres fois la tumeur franchit l'orifice externe du canal génital et s'accroît dès lors librement entre les cuisses, en entraînant, dans certains cas, le vagin et la matrice au dehors.

Ces tumeurs, soit qu'elles restent renfermées dans la matrice ou dans le vagin, ou qu'elles pendent au dehors, occasionnent une leucorrhée plus ou moins abondante et fétide, et donnent ordinairement lieu, à des intervalles irréguliers, mais surtout aux époques menstruelles, à des hémorrhagies rebelles et très-graves. Si l'on tarde à en pratiquer l'extirpation, il survient de l'anhémie et les malades succombent dans un état d'affaiblissement progressif.

Les opérations applicables aux tumeurs fibreuses pédiculées sont : l'excision, l'arrachement, la torsion, la ligature et l'écrasement linéaire, soit après avoir attiré le pédicule à l'orifice du canal génital, soit en opérant dans la profondeur et en extrayant ensuite la tumeur entière ou fragmentée. HILL[1] réussit à extraire de la matrice, à la suite d'une ligature, un polype fibreux du poids de 5 kilogrammes et demi. VEIL[2] en a même opéré un du poids de 6 kilogrammes et demi. Ces opérations ont été exécutées fréquemment : elles ne sont pas sans danger, mais elles ne présentent pas en

[1] *Zeitschrift für Natur- und Heilkunde*, de CARUS etc., t. II, l. 2.
[2] *Württembergisches medic. Correspondenzblatt*, 1834, n° 34.

général une très-grande gravité. L'intervention chirurgicale est, au contraire, d'une gravité extrême lorsque les tumeurs sont restées sous-muqueuses ou interstitielles, et qu'on opère leur énucléation ou leur térébration à la manière de B. Brown[1], après les avoir mises à découvert par une incision du col et de la muqueuse utérine.

Dans des circonstances rares on a observé la guérison spontanée des tumeurs sous-muqueuses où polypiformes. Le pédicule de ces tumeurs peut se rompre au moment où elles sont expulsées de la cavité utérine, ou bien la circulation s'y arrête sous l'influence de la constriction exercée sur le pédicule par le col de la matrice : dans l'un et l'autre cas la tumeur tombe en gangrène. D'autres fois la tumeur s'enflamme, suppure, se ramollit et se désagrège en se putréfiant. Si on ne parvient pas à extraire les débris gangrénés, putréfiés, les malades succombent ordinairement à l'intoxication putride, à la péritonite, à la phlébite utérine, à l'infection purulente. Lorsque la tumeur a été envahie par l'incrustation calcaire, elle se transforme en une sorte de calcul (calculs de la matrice), qui peut être expulsé par les contractions utérines.

Les tumeurs fibreuses sous-péritonéales et interstitielles de la matrice ne compromettent pas toujours d'une manière immédiate la santé; elles ne produisent en général aucun accident avant que leur volume soit très-considérable. Elles peuvent rester longtemps stationnaires et elles peuvent dans quelques cas acquérir des dimensions énormes, atteindre un poids de près de 40 kilogrammes; mais elles ne laissent pas de devenir dans certaines conditions, même sous un volume médiocre, la source de troubles graves, de sérieuses infirmités et d'une vie misérable.

Ces tumeurs n'offrent pas au début la même gravité que celles qui sont rapprochées de la muqueuse utérine. Elles se développent en général librement au-dessus du détroit supérieur vers la cavité abdominale, soit en restant sessiles, soit en se pédiculisant, surtout lorsqu'elles sont sous-péritonéales pariétales ou implantées sur le fond de l'utérus.

---

[1] *Medical Times and Gaz.*, 1861, vol. I, p. 290.

Les tumeurs pédiculées sont plus ou moins régulièrement arrondies, d'une consistance égale partout ou variable, ordinairement dure, ferme, rarement mollasse, à moins qu'elles n'aient acquis un volume considérable : elles peuvent alors présenter même une sorte de fluctuation. Lorsque les corps fibreux sont implantés dans l'épaisseur du col ou du corps de la matrice, ils demeurent souvent enclavés dans l'excavation pelvienne, distendent les ligaments larges, causent des déviations de la matrice, et constituent des tumeurs bosselées, lobulées, arrondies, fixes ou mobiles, sessiles ou pédiculées, suivant leur nombre, leur siége, leur volume. Ces tumeurs sont accessibles à la palpation de l'abdomen, au toucher rectal ou vaginal. Le col de la matrice, plus ou moins élevé, est tantôt normal, mobile ou simplement dévié, ainsi qu'on l'observe dans les cas de tumeurs pariétales ; tantôt tuméfié, ramolli, plus ou moins entr'ouvert, ainsi qu'on le remarque dans les cas de tumeurs interstitielles, sous-muqueuses ou intra-utérines.

De même que les tumeurs polypiformes contenues dans le canal génital, les tumeurs fibreuses interstitielles et sous-péritonéales compriment le rectum et la vessie, les vaisseaux et les nerfs du voisinage, et produisent des troubles variés, de la constipation, des difficultés dans l'excrétion de l'urine, des douleurs plus ou moins aiguës dans les reins, dans la région sacrée, dans les lombes, ainsi que dans les membres inférieurs, où il peut survenir de l'œdème et de l'engourdissement; enfin les malades accusent une sensation de pesanteur dans le bassin, au périnée, dans les aines, dans la région lombaire, et sont souvent sujettes à des hémorrhagies, à des crampes, à des coliques utérines, à des troubles sympathiques des voies digestives, à des vomissements, de la gastralgie etc. Ces symptômes diminuent quelquefois, ou bien s'aggravent lorsque les tumeurs sortent de l'excavation et continuent à s'accroître au-dessus du détroit supérieur. La menstruation est normale, irrégulière ou supprimée. Dans le plus grand nombre des cas, l'hémorrhagie menstruelle est très-abondante ou exagérée.

Les tumeurs fibreuses déterminent, par les pressions et par les frottements qu'elles exercent, de l'irritation et de l'inflammation des parties voisines, avec lesquelles elles

contractent alors des adhérences; elles donnent lieu à des péritonites successives plus ou moins graves et sont souvent accompagnées d'ascite; elles peuvent s'enflammer, suppurer elles-mêmes et devenir le centre d'un foyer purulent. C'est ainsi que j'ai observé une tumeur fibreuse qui faisait saillie à travers les téguments de la paroi abdominale détruite par ulcération à la suite d'un vaste phlegmon accompagné de péritonite, d'où étaient résultés des décollements très-étendus des tissus sous-cutanés et une fistule stercorale de l'intestin grêle. Pineau a observé un cas analogue. Ces cas sont rares.

Les tumeurs fibreuses sont ordinairement peu riches en vaisseaux sanguins et s'accroissent d'une manière lente; mais dans quelques cas elles sont extrêmement vasculaires, surtout lorsqu'elles tendent à prendre un accroissement rapide : il existe alors d'ordinaire des connexions vasculaires anormales avec des organes voisins. Dans un cas j'ai observé un foyer hémorrhagique contenant près d'un litre de sang fraîchement coagulé et partiellement décoloré.

Dans des cas très-rares il survient une infiltration œdémateuse, ou bien il se forme des collections séro-muqueuses aux dépens des glandes muqueuses hypertrophiées de la matrice. Ces collections restent closes (*tumeurs fibro-cystiques*) ou se vident par intervalles par le canal génital. La quantité de l'humeur séro-muqueuse très-albumineuse évacuée peut s'élever à quelques centaines de grammes par jour.

La dégénérescence graisseuse des tumeurs fibreuses est rare. L'incrustation calcaire est un indice de l'arrêt de leur développement. Dans les cas de cancer de la matrice, elles sont, ainsi que les tissus normaux, envahies de proche en proche par la dégénérescence morbide.

Le pédicule de certaines tumeurs sous-péritonéales est quelquefois tellement aminci et dépourvu de vaisseaux, qu'il finit par se rompre, soit spontanément, soit à la suite d'une violence. La tumeur complétement libre peut s'enkyster et continuer à séjourner parfois dans la cavité péritonéale sans donner lieu à des accidents.

Lorsque les tumeurs interstitielles ou sous péritonéales sont devenues menaçantes ou ont occasionné des désordres dans l'économie, leur extraction et leur extirpation peuvent seules en débarrasser les malades : ces opérations deviennent une ressource extrême, mais elles offrent la plus haute gravité, car elles ne peuvent être tentées qu'au moyen d'une incision nécessairement considérable de la paroi abdominale et proportionnée au volume des tumeurs. Lorsqu'elles sont pédiculées ou isolées en quelque sorte de la matrice, on peut les lier et les exciser ensuite de la même manière qu'une tumeur ovarique ; mais lorsqu'on ne peut pas les séparer de la matrice, il n'est possible de les extirper qu'en amputant une partie plus ou moins étendue de cet organe. Lorsque les tumeurs sont développées dans l'épaisseur des ligaments larges, leur extirpation est le plus souvent impraticable, car elle donne en général lieu à des hémorrhagies incoërcibles ou consécutives.

La difficulté du diagnostic de l'état des parties, les difficultés matérielles que l'on peut rencontrer et la gravité de cette opération ne sont pas de nature à encourager et ont fait reculer les chirurgiens les plus hardis.

Ce n'est pas le fait de l'extirpation de la matrice et même des ovaires simultanément qui rend si dangereuse l'extirpation des tumeurs fibreuses. L'extirpation de la matrice a été faite déjà à plusieurs reprises avec un heureux résultat dans des cas d'inversion où l'organe retourné sur lui-même pend hors du canal génital, à l'orifice duquel il suffit de le lier avec des soins convenables et de l'exciser ensuite. Mais il y a loin de là à ouvrir, de parti pris, largement le ventre et à en extraire des tumeurs fibreuses parfois énormes en relation avec des vaisseaux très-développés et à extirper l'utérus dans l'excavation pelvienne.

Aussi l'extirpation des tumeurs fibreuses interstitielles n'a pas fourni jusqu'ici des résultats statistiques aussi favorables que l'ovariotomie, d'autant plus qu'elle n'a été pratiquée en général que dans des cas graves, plus ou moins compliqués, où la vie était sérieusement menacée. Quoi qu'il en soit, ce sont les opérations d'ovariotomie qui ont mis sur la voie. Heath, de Manchester, a le premier, en 1843, à la suite d'une erreur de diagnostic, extirpé la matrice

envahie par des tumeurs fibreuses; mais c'est KIMBALL, de Lowell, qui le premier paraît avoir, de propos délibéré, extirpé à deux reprises des tumeurs fibreuses en même temps que la matrice.

Le diagnostic des tumeurs fibreuses interstitielles et pariétales présente souvent de grandes difficultés. Elles ont donné lieu à de nombreuses méprises. Elles ont été surtout confondues avec des tumeurs ovariques : c'est à la suite de pareilles erreurs que l'extirpation de presque tous les cas opérés a été entreprise. Réciproquement, des tumeurs ovariques ont été prises pour des tumeurs fibreuses utérines. On peut encore confondre les tumeurs fibreuses avec une grossesse normale, avec une grossesse extra-utérine, avec un kyste pileux, avec un kyste d'échinocoques, avec un hématocèle rétro-utérin, avec une tumeur cancéreuse. Le diagnostic différentiel est simple et facile dans les cas nettement caractérisés, mais dans les cas douteux on est aisément induit en erreur par des symptômes communs.

Il n'entre pas dans mes intentions d'établir minutieusement le diagnostic différentiel des diverses affections que l'on peut confondre avec une tumeur fibreuse de la matrice. L'erreur pourra le plus souvent être évitée quand on a soin d'examiner attentivement le cas et de tenir exactement compte des éléments du diagnostic, de l'âge de la malade, de la marche de la maladie, des circonstances où elle s'est déclarée ou bien où elle a été remarquée, de la forme de la tumeur, de sa consistance, de l'état du col de la matrice, de l'état de la menstruation, des signes fournis par les symptômes subjectifs et locaux, par le toucher, l'auscultation, la percussion, le choc, le ballottement, par le trocart explorateur, par la sonde utérine etc.

Il ne faut pas perdre de vue que les différentes affections mentionnées peuvent se compliquer entre elles; qu'il peut exister simultanément des tumeurs ovariques et des tumeurs utérines; que l'état de grossesse est possible dans l'un et dans l'autre cas; enfin qu'il est parfois impossible d'établir d'une manière certaine le diagnostic entre une tumeur compacte ou multiloculaire des ovaires et une tumeur fibreuse.

La mollesse, la fluctuation que présentent certaines tumeurs fibreuses, tendent surtout à induire en erreur. Lorsque les tumeurs fibreuses ont pris un accroissement très-lent, elles sont en général fort consistantes, quelquefois dures, partiellement crétacées; d'autres fois leur consistance est inégale, et elles offrent en un ou plusieurs points une fluctuation plus ou moins manifeste. Cet état s'observe : 1° quand la tumeur est très-molle, très-flasque, ce qui arrive ordinairement lorsqu'elle prend un accroissement rapide et offre un grand volume; 2° quand elle est très-vasculaire; 3° lorsqu'elle renferme des collections liquides formées par des kystes séro-muqueux, par des infiltrations de sérosité, par des foyers hémorrhagiques ou purulents.

L'extirpation des tumeurs fibreuses interstitielles ne peut être soumise à des règles fixes. Il faut toujours s'attendre à l'imprévu. L'incision de la paroi abdominale devra être pratiquée sur la ligne médiane; elle devra être proportionnelle au volume de la tumeur, c'est-à-dire égale à une fois et demie son diamètre si elle est très-consistante, à moins qu'on ne juge à propos d'inciser la tumeur elle-même et de réduire son volume par l'énucléation partielle de son contenu, ce qui constitue une pratique dangereuse, à cause de l'hémorrhagie très-abondante qui peut survenir. Les vaisseaux des adhérences devront, autant que possible, être divisés entre deux ligatures. Les grandes ligatures en masse devront être exécutées au moyen de fils métalliques et de serre-nœuds convenables qui permettent d'obtenir une constriction suffisante pour mettre à l'abri des hémorrhagies. Les ligatures métalliques établies au moyen de mes serre-nœuds sont préférables aux simples ligatures avec du fil de soie ou de chanvre, parce que la constriction peut être graduée à volonté. Je m'abstiens constamment de faire des ligatures perdues, leur innocuité étant très-suspecte. Une issue suffisamment large devra être maintenue pour les liquides et pour les détritus à l'angle inférieur de la plaie, afin de ne pas exposer les opérées aux accidents graves qui peuvent résulter de leur rétention. On réunira les lèvres de

la plaie de la même manière que dans les opérations d'ovariotomie. Les opérations sont en général longues et laborieuses. La préparation de la malade, les dispositions pour l'opération et le traitement consécutif sont les mêmes que pour l'extirpation des tumeurs ovariques. On trouvera dans mes observations des détails circonstanciés.

Les indications et les contre-indications ressortiront des opérations analysées et de celles que j'ai moi-même relatées à la fin de cet opuscule.

Avant de rapporter les observations d'extirpation de tumeurs fibreuses de la matrice qui ont été pratiquées, il est intéressant de jeter un coup d'œil historique et critique sur l'extirpation totale et partielle de la matrice.

On a désigné improprement sous le nom d'*extirpation de l'utérus* ou *de la matrice* des opérations dans lesquelles il n'a été enlevé que le corps ou le fond de la matrice avec une partie plus ou moins étendue de son col.

L'extirpation de la matrice est une opération qui consiste dans l'ablation complète de cet organe. L'ablation partielle, soit du col, soit du corps de la matrice, est le résultat de l'amputation de ces parties.

L'amputation, l'excision ou la rescision du col de la matrice a été fréquemment pratiquée pour des maladies très-différentes. Cette opération a été le plus souvent suivie de guérison dans les cas d'hypertrophie simple. Elle a, au contraire, toujours été suivie de récidive dans les cas de cancer : les guérisons n'ont été que temporaires et les opérées ont constamment succombé à la reproduction du mal au bout d'un laps de temps, en général très-court. On ne peut jamais reconnaître exactement les limites de la dégénérescence et extirper la maladie dans ses ramifications. L'affection cancéreuse continue ordinairement ses ravages dans le corps de la matrice, dans les tissus voisins et dans les glandes lymphatiques de l'excavation pelvienne, et les malades ne peuvent retirer aucun bénéfice de l'opération, à moins

qu'on ne la pratique pour remédier temporairement à des hémorrhagies, en la combinant avec la cautérisation.

L'amputation du col de la matrice dans les cas de cancer confirmé de cet organe doit donc être complétement rejetée. Cette opération, qui paraît avoir été proposée en 1780 par LAUVARIOL, a été pratiquée pour la première fois en 1801 par OSIANDER.

L'extirpation complète et l'amputation du corps de la matrice ont été pratiquées jusqu'ici dans les cas: 1° de renversement ou d'inversion; 2° de cancer; 3° de tumeurs fibreuses.

Dans les cas de renversement ou d'inversion de la matrice, cet organe sain du reste, est complétement retourné comme un doigt de gant et fait saillie hors des parties génitales. La tumeur qui en résulte a été plusieurs fois, soit de propos délibéré, soit par méprise, excisée ou liée. On a cité à des époques plus ou moins éloignées plusieurs exemples de guérison à la suite de ces opérations, d'une exécution d'ailleurs simple et facile. CARPI, WRISBERG, OSIANDER en ont rapporté chacun un exemple. Plusieurs autres ont été obtenus ou signalés par ROUSSET, BLAXAM, OLDHAM, CHANNING, PUTNAM etc. Dans ces opérations la guérison a été la règle, la mort l'exception[1]. Voici entre autres un cas curieux. Une sage-femme, prenant la matrice en état d'inversion à la suite d'un accouchement pour un polype, lia la matrice pendante en dehors des parties génitales avec une ficelle et l'excisa ensuite avec un couteau de cuisine. La femme guérit et vécut très-longtemps. Le vagin, ainsi qu'on l'a maintes fois constaté, se terminait chez elle en simple cul-de-sac.

L'inversion de la matrice s'observe dans les circonstances suivantes:

---

[1] BRESSLAU (*Diss. de totius uteri exstirpatione*, Munich 1852) a fait le relevé de 31 cas d'extirpation de matrice pratiquée pour cause d'inversion, 20 fois avec intention, dont 17 guérisons, et 11 fois par inadvertance, dont 5 guérisons.

1° Certaines tumeurs fibreuses développées dans l'épaisseur de la matrice à une distance rapprochée de la muqueuse tendent à faire saillie dans l'intérieur de la cavité, où elles deviennent polypiformes et acquièrent parfois un grand volume. Elles occasionnent, surtout à l'époque des règles, des douleurs et des efforts d'expulsion semblables à ceux de l'accouchement. Le col utérin s'entr'ouvre, et lorsque la tumeur est parvenue à franchir son orifice, elle entraîne dans certains cas le fond de la matrice auquel elle est insérée. Cet organe se retourne ainsi que la partie supérieure du vagin comme un doigt de gant, dont l'intérieur est devenu l'extérieur, et vient pendre au dehors du canal génital, avec le polype auquel il fait suite.

2° L'inversion de la matrice peut encore résulter des tractions exercées sur le placenta trop adhérent, ou à la suite d'un effort, lorsqu'après l'accouchement les parois de la matrice sont relâchées.

Dans les cas d'inversion complète et irréductible, l'amputation ou l'extirpation de la matrice sont les seuls moyens de soustraire la malade aux accidents qui en résultent ordinairement.

La division des parties peut être obtenue, soit par la ligature simple, ou au moyen d'un serre-nœud, de l'écraseur linéaire (M'Clintock), d'une ligature galvano-caustique (C. Braun), soit par l'excision, par le procédé de Langenbeck ou de Wolf.

Jusque dans ces derniers temps, de propos délibéré, l'extirpation de la matrice restée dans sa position normale n'a été guère pratiquée que dans les cas de dégénérescence cancéreuse; elle a été faite par deux méthodes connues sous les noms d'*extirpation sus-pubienne* ou *hypogastrique* et d'*extirpation sous-pubienne* ou *vaginale*. Les résultats de ces opérations ont été des plus défavorables.

« Sur dix-sept femmes atteintes de cancer de la matrice qui ont été opérées, a dit Boyer[1], quatorze ont succombé peu d'heures ou peu de jours après l'opération; les trois

---

[1] Boyer, *Traité des maladies chirurgicales*. Paris 1846, t. V. p. 950.

autres, que l'on cite comme des exemples de guérison, ont traîné une vie languissante après l'opération et n'ont pas tardé à périr. L'extirpation totale de l'utérus renfermé dans le bassin est une opération cruelle, téméraire, inhumaine, que rien ne peut justifier, et qui doit être proscrite de la chirurgie. »

Ainsi que l'excision du col de la matrice affecté de cancer, l'extirpation de la matrice cancéreuse est au moins une opération inutile.

Lorsque la matrice est affectée de cancer, la maladie n'est jamais circonscrite : elle s'étend toujours de bonne heure aux parties voisines, dans l'épaisseur des ligaments larges, aux vaisseaux et aux glandes lymphatiques. Comme il est impossible d'extirper les tissus envahis dans toutes les ramifications du mal, celui-ci récidive nécessairement d'une manière rapide. Les cas de guérison temporaire auxquels BOYER a fait allusion ont été obtenus à la suite de l'extirpation vaginale, laquelle a été pratiquée en 1822 par SAUTER, puis par RÉCAMIER, ROUX, LANGENBECK, LISFRANC etc.

L'extirpation sus-pubienne de la matrice cancéreuse a été proposée par GUTBERLAT en 1814 et a été exécutée en premier lieu par LANGENBECK. Toutes les femmes opérées ainsi sont mortes des suites immédiates de l'opération.

Ces résultats désastreux ont fait rejeter avec raison une opération qui, dans les conditions où elle a été pratiquée, a pu, à juste titre, être qualifiée de barbare, puisqu'elle ne peut apporter aucun soulagement aux malheureuses femmes dont la matrice est devenue le siége d'une dégénérescence incurable. Aucun chirurgien consciencieux ne tentera plus jamais, je crois, d'extirper la matrice dans les cas de cancer de cet organe, tant à cause de la gravité extrême de l'opération que de son inutilité, chez les rares malades qui ont survécu quelque temps et qui ont été emportées par la récidive du mal et ses funestes conséquences.

Mais étant donnée la possibilité de l'extirpation de la matrice et d'une guérison complète à la suite de cette opération, dans les cas où la maladie ne viendrait pas à se reproduire, n'est-il pas rationnel de tenter l'extirpation des

tumeurs bénignes, des tumeurs fibreuses, restées jusqu'ici complétement incurables, surtout chez les jeunes femmes, lorsqu'elles occasionnent des troubles dans la circulation, la digestion, la respiration, la menstruation, et condamnent les malades à la souffrance et à une inactivité plus ou moins complète?

Les tumeurs fibreuses d'un petit volume, qui ne causent aucun malaise, ou qui ne donnent pas lieu à des accidents sérieux rendant l'existence insupportable, naturellement ne sont pas sujettes à être extirpées. Mais doit-il en être de même lorsque ces tumeurs tendent à prendre un accroissement extraordinaire, lorsqu'elles s'accompagnent d'accidents graves, sérieux, qui minent la santé et conduisent au marasme, ou qui, s'ils ne mettent pas toujours la vie en danger immédiat, ne laissent à la femme qui en est atteinte qu'une vie misérable, et en abrégent plus ou moins les jours?

Ne pratique-t-on pas avec raison des opérations très-graves pour des lésions chroniques, qui elles aussi ne compromettent pas toujours la vie d'une manière immédiate, mais qui rendent l'existence insupportable à ceux qui en sont atteints et qui veulent en être débarrassés pour pouvoir revivre de la vie commune? Telles sont les amputations et les résections pour des lésions étendues des parties molles, pour des lésions osseuses, des tumeurs blanches, l'opération de la taille, les extirpations de tumeurs cancéreuses etc.

L'extirpation complète des tumeurs fibreuses interstitielles ne peut être obtenue que par la gastrotomie, par une opération analogue à une ovariotomie, lorsque la tumeur est pédiculée et peut être liée et excisée sans inconvénient, ou bien quand on extirpe avec la tumeur fibreuse le corps même de la matrice.

Lorsqu'on se trouve dans la nécessité d'entamer le corps de la matrice, l'extirpation des ovaires doit être pratiquée en même temps. Loin que l'on complique et qu'on aggrave l'opération, celle-ci devient plus facile et les suites en sont plus avantageuses. L'opération est très-simplifiée, car il est possible alors d'appliquer seulement deux ligatures passant l'une et l'autre à travers le col utérin, ou immédiatement

au-dessous, et embrassant de chaque côté le ligament large en dehors des ovaires, à moins que les ligaments larges ne soient envahis par les tumeurs fibreuses, ou qu'il existe des adhérences très-vasculaires dans le cul-de-sac recto-vaginal, circonstances très-graves où l'on risque de ne pouvoir terminer convenablement l'opération commencée et où l'on est exposé à des hémorrhagies graves le plus souvent mortelles.

On ne peut guère prévoir si l'extirpation de la matrice sera nécessaire. Avant d'avoir examiné directement la tumeur à découvert, il faut toujours, dans les cas douteux, s'attendre à cette éventualité.

L'extirpation de la matrice et des ovaires est suivie de douleurs peu considérables, qui se dissipent promptement; les opérées guéries, qui ne sont pas atteintes d'une autre maladie organique, jouissent d'une santé parfaite et ne se ressentent nullement de l'ablation de leurs organes générateurs: elles se trouvent simplement dans les conditions des femmes qui ont passé l'époque de la ménopause, et chez lesquelles la matrice et les ovaires, cessant leurs fonctions, s'atrophient d'une manière plus ou moins complète.

On a enlevé, un grand nombre de fois déjà, des tumeurs fibreuses implantées sur le fond de la matrice, soit à la suite d'une erreur de diagnostic, ces tumeurs ayant été prises pour des tumeurs ovariques, soit en toute connaissance de la nature de l'affection. M. le docteur ROUTH, un des médecins les plus distingués de Londres, dans un mémoire fort remarquable[1], a déjà fait le relevé de 31 cas d'opérations relatives à l'extirpation de tumeurs fibreuses par la gastrotomie jusqu'en 1864. Ces opérations, au nombre de plus de 50, se répartissent en trois catégories. Les relevés des observations ont été composés en majeure partie avec les éléments qui m'ont été gracieusement communiqués par M. le docteur ROUTH.

[1] *The Lancet*, 1863, vol. II, p. 653 et 679; 1864, vol. I, p 10. *On some points connected with the pathology, differential diagnosis and treatment of fibrous tumours of the uterus.*

Opérations de gastrotomie dans des cas d'erreurs de diagnostic, entreprises dans le but d'extirper des tumeurs de l'ovaire où l'on a rencontré des tumeurs fibreuses de la matrice qui n'ont pas été ou qui n'ont pu être enlevées.

W. L. Atlee. — 22 mai 1849. — *Americ. Journ. of med. sc.*, avril 1855. — Age : 33 ans. — Tumeur fibreuse utérine sans adhérences, ponctionnée, non enlevée. Rétablissement. Mort 6 mois après l'opération, à la suite d'un érysipèle.

W. L. Atlee. — 13 oct. 1849. — *Americ. Journ. of med. sc.*, avril 1855. — Age : 43 ans. — Tumeur utérine fibro-cystique sans adhérences, non enlevée. Mort 4 années après l'opération.

W. L. Atlee. — 13 avril 1850. — *Americ. Journ. of med. sc.*, avril 1855. — Age : 41 ans. — Tumeur utérine sans adhérences non enlevée. La malade vivait encore en 1855.

W. L. Atlée. — 20 déc. 1851. — *Americ. Journ. of med. sc.*, avril 1855. — Négresse âgée de 42 ans. — Tumeur fibreuse pédiculée, offrant des adhérences étendues, non enlevée. Pendant l'opération un abcès développé dans la profondeur de l'abdomen fut ouvert et donna issue à une grande quantité de pus. La malade vivait encore en 1855.

B. Brown. — Cas communiqué à M. Routh. — Tumeur interstitielle non enlevée. Rétablissement.

B. Brown. — Cas communiqué à M. Routh. — Tumeur fibro-cystique non enlevée. Érysipèle. Mort au 16e jour.

B. Brown. — Cas communiqué à M. Routh. — Tumeur fibro-cystique non enlevée. Pyohémie. Mort au 26e jour.

B. Brown. — Cas communiqué à M. Routh. — Tumeur fibreuse pédiculée. Utérus en gestation. Tumeur non enlevée. Pyohémie. Mort au 19e jour.

Cutter. — *Americ. Journ. of med. sc.*, 1854, vol. LIII, p. 34. — Grande tumeur pariétale et tumeurs multiples interstitielles. Opération inachevée. Mort au 12e jour par péritonite.

Deane. — 6 juin 1848. — *Boston med. and surg. Journ.*, oct. 1848. — Tumeur pariétale du côté gauche de la matrice, non enlevée. Guérison au bout de 15 jours.

Dieffenbach. — 1826. — *Rust's Magaz.*, t. XXV, l. 2, p. 349. — Age : 44 ans. — Tumeur incisée, non enlevée. Rétablissement.

Lizars. — 24 avril 1825. — *R. Lee. Med. chir. transact.*, XXXIV, p. 14. — Age : 34 ans. — Tumeur fibreuse très-vasculaire, ponctionnée et incisée, non enlevée. Rétablissement.

Mussey. — 1850. — *Hamilton's Report*, dans *Ohio med*

and surg. Journ., nov. 1859. — Tumeur fibreuse interstitielle, non enlevée. Mort par épuisement 14 heures après l'opération.

N. Smith. — *Lyman's Report*, Boston 1856. — Tumeur fibreuse interstitielle non enlevée. Rétablissement.

Total : 14 cas. — Rétablissement : 9 cas. Mort : 5 cas.

Opérations de gastrotomie avec extirpation de tumeurs fibreuses pédiculées de la matrice par la ligature ou par l'énucléation.

J. L. Atlee. — 1843. — *Americ. Journ. of the med. sc.*, avril 1845. — Age : 42 ans. — Quatre tumeurs utérines. Mort par hémorrhagie au 5e jour.

W. L. Atlee. — 28 août 1844. — *Americ. Journ. of the med. sc.*, avril 1855. — Age : 24 ans. — Tumeur fibreuse pédiculée du poids de 1 kilogramme. Guérison le 25e jour. Mort de phthisie 3 ans après l'opération.

W. L. Atlee. — 24 nov. 1849. — *Americ. Journ. of med. sc.*, avril 1855. — Age : 39 ans. — Tumeur fibreuse pédiculée du poids de 3 kilogr. Guérison. Mort du choléra au 39e jour.

W. L. Atlee. — 20 mai 1851. — *Americ. Journ. of med. sc.*, avril 1855. — Tumeur fibreuse du poids de 3 kilogr. Mort par hémorrhagie au 3e jour.

W. L. Atlee. — 3 mars 1853. — *Americ. Journ. of med. sc.*, avril 1855. — Trois tumeurs pédiculées et interstitielles du poids de 2 kilogr. Mort par péritonite au 3e jour.

B. Brown. — *Braithwaite Retrosp.*, XLV, p. 310. — Tumeur interstitielle. — Mort par phlébite.

B. Brown. — 1861. — *Transact. of the pathol. soc. of London*, vol. XII, 1861, p. 154. — Age : 48 ans. — Tumeur multiloculaire de l'ovaire droit et tumeur fibreuse pédiculée de la matrice de la grosseur d'un œuf enlevées l'une et l'autre. Guérison rapide.

Bigelow. — 29 déc. 1849. — *Lyman's Report.*, case 84, Boston 1856. — Age : 22 ans. — Ascite. Kyste de l'ovaire et tumeur fibreuse utérine de petit volume enlevés. Mort le 3e jour.

Fletcher. — *British med. Journal*, n° 8, 1862. — Tumeur fibreuse pédiculée. Guérison le 66e jour.

Granville. — 21 mars 1827. — *R. Lee. Med. chir. Transact.*, XXXIV, p. 14. — Tumeur pédiculée. Mort à la suite d'une mortification de l'intestin.

Hakes. — *British med. Journ.*, fév. 1863. — Tumeur fibrocystique. Mort du choc de l'opération au bout de 30 heures.

J. B. HAYS. — *Americ. Journ. of the med. sc.*, avril 1857. — Tumeur pédiculée, adhérente à l'épiploon, du poids de 1600 grammes, chez une femme âgée de 42 ans. Guérison au bout d'un mois.

HERFF. — *New-York Journ.*, mars 1856. — Tumeur du poids de 2 kilogr., pédiculée. Guérison au bout d'un mois.

KOEBERLÉ. — 14 mars 1863. — Voy. obs. I. — Tumeur pédiculée du poids de 33 kilogr. Mort par épuisement au 4e jour.

KOEBERLÉ. — 21 nov. 1863. — Voy. obs. III. — Tumeur pédiculée très-vasculaire. Ascite. Mort par péritonite.

LANE. — 15 fév. 1844. — *J. Clay's Table IV, Kiwisch's Clin. Lect.* — Age : 43 ans. — Tumeur fibro-cystique pédiculée. Guérison au bout de 3 semaines. Mort 5 ans et demi après l'opération, des suites d'une maladie de la vessie.

NELSON. — *Americ. Journ. of the med. sc.* — Tumeur pédiculée. Guérison.

J. SLOANE. — *Brit. med. Journ.*, fév. 1858. — Tumeur pédiculée du poids de 25 kilogr. Mort par hémorrhagie 5 heures après l'opération.

S. WELLS. — Cas communiqué à M. ROUTH. — Tumeur interstitielle. Enucléation. Mort 4 heures après l'opération, par suite du choc, de l'hémorrhagie et de l'influence du chloroforme.

S. WELLS. — *Pathological Transact.*, XIV, p. 204. — Tumeur fibro-cystique. Mort 4 heures après l'opération, du choc.

Total : 20 cas. — Guérison : 8 cas. Mort : 12 cas.

Opérations de gastrotomie avec extirpation ou avec amputation partielle de la matrice envahie par des tumeurs fibreuses, avec ou sans extirpation des deux ovaires.

BOINET. — Mars 1864. — Tumeurs fibreuses interstitielles. Extirpation de la matrice et des ovaires. Mort.

M. J. BOYD. — *Americ. Journ. of the med. sc.*, 1856. — Extirpation de la partie sus-vaginale de l'utérus et des deux ovaires. Guérison 3 mois après l'opération.

BURNHAM. — 25 juin 1853. — *Nelson's Americ. Lancet*, 1854, et *Worcester med. Journ.*, 1854. — Extirpation de l'utérus et des ovaires. Guérison 2 mois après l'opération.

CADGE. — Communiqué à M. ROUTH. — Tumeur fibreuse interstitielle. Extirpation de l'utérus et des deux ovaires. Mort 36 heures après l'opération, du choc.

C. CLAY. — *Med. Times*, n° 164, p. 18; *Safford Lee, On*

Tumours, p. 268. — Ablation d'une grande partie de la matrice et des ovaires. Mort par hémorrhagie 1 heure et demie après l'opération.

C. Clay. — 16 janv. 1844. — *Results of ovariotomy* etc., case XXII, 1848; *R. Lee. Med. chir. transact.*, XXXIV, p. 21. — Extirpation de l'utérus et des deux ovaires. Mort par péritonite, à la suite d'un accident, au 15e jour.

C. Clay. — 2 janv. 1863. — *Med. Times and Gaz.*, 18 avril 1863. — Extirpation du corps de la matrice et des ovaires. Guérison. La ligature persistait encore au 35e jour.

Heath. 21 nov. 1843. — *Med. Gaz.*, Londres, 8 déc. 1843. Age : 46 ans. — Extirpation de la matrice. Mort par hémorrhagie 17 heures après l'opération.

Kimball. — *Boston med. and surgic. Journ.*, mai 1855. — Extirpation de la matrice. Guérison. La ligature n'était pas encore tombée 8 mois après l'opération.

Kimball. — *Boston med. and surgic. Journ.*, mai 1855. — Extirpation de la matrice. Mort par hémorrhagie le 3e jour.

Kimball. — *Boston med. and surgic. Journ.*, mai 1355. — Extirpation de la matrice. Mort par péritonite le 10e jour.

Kœberlé. — 20 avril 1863. — *Gaz. méd. de Strasbourg*, oct. 1863. — Extirpation du corps de la matrice et des deux ovaires. — Guérison complète 1 mois après l'opération.

Kœberlé. — 19 déc. 1863. — Voy. obs. IV. — Tumeur fibro-cystique. Ablation d'une grande partie de la matrice. Mort par hémorrhagie au 2e jour.

O'Reilly. — ?

Parkman. — 8 janv. 1842. — *Lyman's Report*, Boston 1856. — Age : 27 ans. — Tumeurs fibreuses interstitielles. Ascite. Extirpation de la matrice. Mort par hémorrhagie 12 heures après l'opération.

E. R. Peaslee. — 21 sept. 1853. — *Americ. Journ. of med. sc.*, avril 1855. — Age : 35 ans. — Extirpation de la matrice. Etranglement et gangrène de l'intestin. Mort par péritonite au 5e jour.

Sawyer. — *Americ. Journ. of the med. sc.*, 1860, p. 46. — Extirpation de la matrice. Mort par péritonite au 6e jour.

S. Wells. — Cas communiqué à M. Routh. — Tumeur fibreuse du poids de 14 kilogr., enlevée avec les ovaires. Mort au 4e jour par pyohémie.

S. Wells. — 17 juin 1859. — *Med. Times*, 9 juillet 1859. — Age : 30 ans. — Tumeur fibro-cystique. Ascite. Epanchement pleurétique. Adhérences étendues. Mort par péritonite le 2e jour.

Total : 18 cas. — Guérison : 5 cas. Mort : 13 cas.

Le nombre total des opérations de gastrotomie relatives à des extirpations de tumeurs fibreuses comprend :

37 opérations terminées, 13 succès, 25 morts.

14 opérations inachevées, 9 rétablissements, 5 morts.

Le tiers des opérées mortes a succombé à des hémorrhagies survenues pendant l'opération, ou bien qui lui ont été consécutives. Cette proportion est extrêmement considérable; elle est la conséquence de la grande vascularité de certaines tumeurs fibreuses, des moyens insuffisants d'hémostase, de la constriction insuffisante des ligatures en masse qu'on est obligé de jeter sur toute l'étendue des ligaments larges. L'usage de mes serre-nœuds permettra, je crois, désormais de prévenir, dans le plus grand nombre des cas, l'hémorrhagie par insuffisance de constriction des vaisseaux.

La proportion des opérations restées inachevées est très-forte, car elle forme presque le quart du chiffre total des opérations entreprises, ce qui indique à la fois les difficultés du diagnostic et de l'opération en elle-même.

D'autre part, la mortalité des deux tiers des cas d'opérations terminées démontre suffisamment que l'extirpation des tumeurs fibreuses de la matrice offre une plus grande gravité que l'extirpation des tumeurs ovariques, surtout si l'on considère la pratique des chirurgiens qui ont eu de beaux succès dans l'ovariotomie, et chez lesquels la mortalité a atteint la moitié ou même le tiers seulement des femmes opérées de tumeurs des ovaires.

Si nous admettons simplement ces données générales de la statistique, sans tenir compte de l'imperfection des procédés opératoires et des conditions désavantageuses dans lesquelles se trouvaient plusieurs opérées, ces résultats sont néanmoins encourageants. L'extirpation des tumeurs fibreuses présente beaucoup plus de dangers et de difficultés que celle des kystes de l'ovaire; mais on ne peut considérer les résultats défavorables de la statistique actuelle comme une contre-indication à l'opération.

Le pronostic d'une extirpation de tumeur fibreuse de la matrice aussi bien que d'une extirpation de tumeur ovarique doit être basé sur les conditions dans lesquelles l'opération est entreprise. Des opérations pratiquées *in ex-*

tremis, dans des conditions désavantageuses ou chanceuses, par surprise en quelque sorte, donneront toujours nécessairement des résultats moins heureux que des opérations qui auront été pratiquées dans de bonnes conditions, en temps opportun, en connaissance de la nature de la maladie et des difficultés que l'on peut rencontrer. Ainsi, j'ai échoué dans deux cas d'extirpation simple de tumeur fibreuse, où l'opération se présentait comme une chance possible de salut chez des malades vouées à une mort imminente, et qui auraient probablement guéri toutes deux si elles avaient été opérées plus tôt.

J'ai extirpé chez une jeune fille (voy. obs. I), dans les conditions les plus défavorables, une tumeur fibreuse qui avait contracté des adhérences très-étendues et qui, débarrassée de 2 litres de sang environ qu'elle contenait, pesait encore 33 kilogrammes. L'opérée est morte, au quatrième jour, d'épuisement et d'une pleurésie suppurée du côté droit qui n'avait pas été reconnue avant l'opération. La tumeur a été extraite par une incision de 55 centimètres de longueur.

L'opération pratiquée par Sloane[1] est très-analogue. La tumeur fibreuse avait acquis un poids de 25 kilogrammes; elle était fixée au fond de l'utérus par un pédicule de 4 centimètres de diamètre et elle avait été prise pour une tumeur d'un ovaire. La malade, âgée de trente-trois ans, était célibataire; elle avait éprouvé depuis cinq ans des douleurs dans la région inguinale gauche, et elle avait été atteinte à plusieurs reprises de péritonite. Depuis deux ans il s'était déclaré de l'ascite. On donna issue à 7 litres environ de sérosité quatre jours avant d'entreprendre l'extirpation de la tumeur. La malade était très-affaiblie, dans de mauvaises conditions : anorexie, vomissements, douleur et sensibilité de l'abdomen, pouls faible, à 112. Une incision étendue du pubis à l'ombilic ayant été insuffisante, la tumeur elle-même dut être incisée pour permettre à l'opérateur de diminuer son volume par l'énucléation partielle et par l'extraction de tumeurs fibreuses enkystées. L'opérée succomba cinq heures après l'opération, à la suite d'une hémorrhagie considérable et d'une lipothymie prolongée.

---

[1] *Brit. med. Journ.*, fév. 1858.

Dans l'autre cas (voy. obs. III), la tumeur était peu volumineuse, mais la malade était atteinte en même temps d'une ascite, que l'on pouvait considérer comme dépendant uniquement de la tumeur, et on était obligé de la ponctionner tous les cinq jours pour donner issue à 10 litres de sérosité. Malheureusement l'ascite s'est reproduite rapidement, et l'opérée est morte de péritonite dès le deuxième jour.

On peut rapprocher du cas précédent l'observation suivante où l'opération, suivie de succès, ne paraît pas, du reste, avoir été suffisamment indiquée. Les circonstances ont été à peu près les mêmes, mais il n'existait pas d'ascite. Cette opération a été pratiquée par HERFF[1] chez une femme âgée de quarante-trois ans. La tumeur fibreuse, très-dure, avait pris un accroissement très-lent; elle ne pesait que 2 kilogrammes, elle existait depuis vingt-trois ans et n'avait pas occasionné d'accidents sérieux. On avait cru que cette tumeur se rapportait à un ovaire. Des adhérences étendues à la paroi abdominale durent être divisées au moyen des ciseaux, tandis que d'autres adhérences à la matrice purent être détachées avec le doigt. L'hémorrhagie fut insignifiante. On put énucléer la masse fibreuse hors de la paroi antérieure de la matrice. L'excavation qui en résulta ne communiquait pas avec la cavité utérine : elle fut fermée au moyen de quatre points de suture, dont les fils furent disposés à l'angle inférieur de la plaie abdominale. Celle-ci fut réunie par douze points de suture. La guérison fut complète au bout de cinq semaines.

Les insuccès sont déplorables, sans doute, mais ils apportent leur contingent d'enseignements; ils peuvent intimider les esprits timorés, être interprétés défavorablement, donner prise à la malveillance; mais ils ne sauraient ébranler la conviction intime d'un chirurgien honnête qui, en présence d'un cas difficile, périlleux, ne doit pas songer à une réputation ne reposant que sur la statistique, mais doit toujours se dire : Fais ce que dois, advienne que pourra.

Les observations relatives aux opérations d'extirpation

[1] *New-York Journ.*, mars 1856.

de tumeurs fibreuses sont en général très-incomplètes et difficiles à se procurer. On ne rend pas compte le plus souvent de la cause des difficultés et des insuccès, de la séméiotique, des indications et des contre-indications. Je serai très-reconnaissant à mes confrères qui voudront bien me signaler les rectifications ou me transmettre les documents qui sont à leur connaissance pour une publication ultérieure.

L'extirpation du corps de la matrice par la méthode sus-pubienne dans un cas de tumeur fibreuse utérine a été pratiquée pour la première fois par HEATH [1], de Manchester, en 1843. Une femme âgée de quarante-six ans, n'ayant jamais eu d'enfants, était affectée de fréquentes métrorrhagies qui l'avaient rendue anhémique et d'une tumeur abdominale mobile de la grosseur de la matrice au septième mois de la grossesse. Le col de la matrice était normal. On crut à une tumeur d'un ovaire. Après avoir fait une incision étendue de l'appendice xiphoïde jusqu'à 4 centimètres au-dessus du pubis, HEATH s'aperçut que la tumeur était utérine. Il traversa le col de la matrice avec une aiguille munie de deux ligatures, qui furent placées de chaque côté de l'utérus, et excisa la tumeur utérine, qui pesait 3 kilogrammes. L'opérée mourut d'hémorrhagie dix-sept heures après l'opération.

CH. CLAY, de Manchester, en 1844, extirpa, en même temps que les tumeurs fibreuses et l'utérus, les deux ovaires également malades.

«A. Brooks, de Staly-Bridge, âgée de cinquante-deux ans. Abdomen énormément élargi, développé progressivement depuis seize ans. La tumeur n'occupait guère plus un côté que l'autre; la différence était si faible qu'on ne pouvait pas la préciser. La menstruation a toujours été irrégulière, mais n'a jamais été supprimée. A gauche la consistance de la tumeur était plus prononcée, ce qui m'a (c'est M. CLAY qui s'exprime ainsi) fait croire avec plusieurs de mes confrères à une tumeur de l'ovaire, et c'est *pour cette raison* que

[1] *London Med. Gaz.*, déc. 1843, p. 309.

l'opération a été entreprise le 16 janvier 1844. Une incision de 12 pouces de longueur permit de constater que la maladie était très-étendue : indépendamment de l'ovaire gauche, qui pesait environ 4 livres, la matrice elle-même avait acquis un poids de 20 livres et il existait un épanchement ascitique de 8 livres, en tout 32 livres. J'étais arrivé si loin qu'il y avait lieu de se demander ce qui restait à faire. Je me déterminai à extirper le tout, en convertissant le vagin en un cul-de-sac. Cette opération fut exécutée rapidement et sans difficulté. L'inflammation s'établit, puis se calma, et la malade se remit de l'affaiblissement consécutif. Au douzième jour son état était si satisfaisant que l'on pouvait avec raison espérer un rétablissement complet. Alimentation substantielle. Le fait de l'extirpation des deux ovaires et de la matrice excitait doublement mon intérêt. Le quatorzième jour, mes soins touchaient à leur fin et tout allait au mieux, sans un accident. En transportant l'opérée de son lit, afin de pouvoir arranger ce dernier, on la laissa tomber sur le plancher d'une manière un peu violente, quoiqu'elle eût été soutenue par trois femmes. A la suite de cette chute il survint de l'inflammation, et malgré tous les soins elle succomba le matin du quinzième jour. Ce résultat était très-regrettable, car si l'accident n'était pas arrivé, je suis convaincu que ce cas était si bien en voie de guérison que l'on pouvait y avoir hardiment confiance. Le long espace de temps qui s'était écoulé depuis l'opération, et les difficultés qui toutes avaient été surmontées m'autorisent entièrement de penser ainsi. Ce cas, en définitive, peut être considéré au point de vue de la statistique comme une non-réussite, mais en réalité il a été suivi d'un succès complet, au moins en ce qui concerne l'opération[1]. »

Burnham[2] (Amérique du Nord) paraît avoir réussi en premier lieu, en 1853, dans un cas d'extirpation de l'utérus et des deux ovaires, chez une femme âgée de quarante-deux ans. La tumeur abdominale avait été remarquée depuis six

[1] C. Clay, *Results of ovariotomy* etc., case XXII, 1848.
[2] *Lyman's Report*. Boston 1856.

ans. On crut à une affection de l'ovaire gauche. On fit une incision à 2 centimètres au-dessus de l'ombilic jusqu'au pubis; il n'existait guère d'adhérence. Les deux ovaires étaient malades, ainsi que la matrice, qui était le siége d'une tumeur fibreuse pédiculée et de tumeurs fibreuses interstitielles. On jeta une ligature sur l'un et l'autre pédicule des tumeurs ovariques, ainsi que sur la tumeur fibreuse pédiculée. L'utérus fut séparé jusqu'au-dessous du point où le col s'unit avec le vagin, et l'on appliqua deux ligatures sur les deux artères utérines. Il survint une inflammation violente; la suppuration s'établit à travers l'incision de la paroi abdominale et par le vagin. Au bout de trente-cinq jours, l'opérée a pu se lever. Son état ultérieur est inconnu.

KIMBALL[1], de Lowell (Amérique du Nord), a extirpé avec succès une matrice envahié par un corps fibreux chez une femme que des hémorrhagies répétées avaient rendue anémique. La matrice formait une tumeur arrondie, mobile, d'une surface unie, d'une consistance dure et élastique, de 22 centimètres de diamètre. Comme l'extirpation en masse aurait exigé une incision étendue de l'appendice xiphoïde au pubis, KIMBALL se décida à ne découvrir la tumeur que dans une petite étendue et à l'extraire partiellement. Il incisa sur une longueur de 12 centimètres la ligne blanche, puis la tumeur dans la même limite, et énucléa non sans difficulté le corps fibreux ainsi mis à découvert. On put alors attirer hors de la plaie abdominale la matrice, que l'on traversa d'avant en arrière, au point de réunion du col avec le corps, avec un double fil. On plaça une ligature de chaque côté de la matrice, que l'on excisa ensuite. La plaie abdominale fut réunie par quatre points de suture et par des bandelettes agglutinatives. Huit mois après l'opération, les ligatures n'étaient pas encore tombées, mais KIMBALL apprit indirectement que la malade avait guéri complétement (?).

KIMBALL a opéré à deux autres reprises, sans succès, l'extirpation de la matrice dans des cas de tumeurs fibreuses.

---

[1] *Canstatt's Jahresb.*, 1856, t. IV, p. 422, d'après *Boston medic. and surgic. Journ.*, 1855, mai.

Dans l'un il y eut erreur de diagnostic : on avait cru à une tumeur ovarique. L'opérée succomba le dixième jour.

Dans l'autre cas, le diagnostic était précis : KIMBALL entreprit l'extirpation d'une tumeur fibreuse chez une malade qu'il croyait pouvoir arracher ainsi à une mort certaine. L'opérée mourut le troisième jour d'une hémorrhagie consécutive à la chute d'une ligature.

L'opération pratiquée par E. R. PEASLEE [1] a été entreprise dans l'hypothèse d'une tumeur ovarique. L'erreur de diagnostic résultait de diverses particularités. Sur le côté droit du fond de l'utérus se trouvait insérée une tumeur fibreuse de 10 à 12 centimètres de diamètre, laquelle avait produit une incurvation de la cavité utérine vers le côté gauche, de telle sorte que la sonde utérine venait arc-bouter à 9 centimètres de distance du col, tandis que cette cavité avait réellement 17 centimètres de profondeur. On était encore induit en erreur par la fluctuation que présentait la tumeur et par la mobilité de l'extrémité de la sonde, ce qui faisait croire que la tumeur était indépendante de l'utérus. La tumeur ayant été ponctionnée, il en résulta une hémorrhagie considérable qu'on ne put arrêter qu'après avoir entouré d'une ligature la base de la tumeur, que l'on excisa ensuite. La mort survint quatre jours après l'extirpation de la matrice, au milieu de symptômes d'étranglement, par suite d'une gangrène de l'intestin grêle, dont deux anses s'étaient enclavées le premier jour, à la suite d'un effort de toux, l'une à l'extrémité supérieure, l'autre à l'extrémité inférieure de l'incision[2].

L'opération pratiquée en 1860, par SAWYER, de San-Francisco, à la suite d'une erreur de diagnostic[3], présente des détails intéressants.

---

[1] *Case of removal of the entire body of the uterus by the large abdominal section* (*Americ. Journ. of the med. sc.*, avril 1855).

[2] *Canstatt's Jahresb.*, 1855, t. IV, p. 436. — *Americ. Journ. of med. sc.*, 1855, p. 393.

[3] *American Journ. of the med. sc. New ser.*, vol. 40, 1860, p. 46.

La malade a encore malheureusement succombé, non aux suites immédiates de l'opération, mais aux accidents résultants de l'imperfection de la méthode opératoire et des soins consécutifs. Aussi ce cas, ainsi que les trois précédents de Kimball, ne doivent-ils pas être considérés, au point de vue de la statistique, comme une contre-indication à l'opération.

«Une femme âgée de quarante-trois ans s'est aperçue, dix ans après sa quatrième couche, du développement d'une tumeur intra-abdominale, qui acquit au bout de six ans la grosseur des deux poings. Cette tumeur était située sur la ligne médiane; elle était renfermée dans le bassin. On pouvait en provoquer le ballottement par le vagin et par le rectum, si bien qu'on a dû la considérer comme une tumeur annexée à la matrice, comme étant peut-être un corps fibreux. La malade devint de nouveau enceinte. La tumeur resta comprise dans la partie supérieure et droite de l'hypogastre. Après l'accouchement, qui arriva au terme ordinaire de la grossesse, la tumeur, dont le volume avait doublé, redescendit dans l'excavation. Comme cette tumeur n'avait pas troublé le cours de la grossesse, on dut la considérer comme étant en relation avec un ovaire: elle était mobile çà et là, indolore, unie, dépourvue d'élasticité et de fluctuation, et d'apparence solide.

«Dans l'intervalle qui s'écoula entre l'accouchement et l'opération (deux ans et quatre mois), la tumeur s'accrut rapidement; elle s'accompagna d'une sensation d'élancement, de tiraillement douloureux, et elle amena le dépérissement de la malade.

«Après avoir pratiqué une incision à l'abdomen, on reconnut qu'il existait une tumeur solide qui était dépourvue d'adhérences avec les organes voisins et qui avait l'aspect d'une énorme hypertrophie de la matrice, dans les parois de laquelle elle s'était développée. Les ovaires étaient situés de chaque côté, celui du côté droit très-atrophié.

«On plaça des ligatures au-dessous du col de la matrice avec une grande aiguille courbe, et après avoir serré ces dernières, on amputa la tumeur. Les extrémités des ligatures restèrent disposées dans l'incision abdominale réunie.

«La tumeur avait exactement la forme de l'utérus avec

une surface unie recouverte de péritoine, sous lequel on remarquait une grande quantité de gros vaisseaux qui venaient se diriger dans le ligament large. La tumeur mesurait 9 pouces et demi dans son grand diamètre, 7 pouces et demi dans son petit diamètre, elle avait 5 pouces de large et pesait 7 livres et quart. Elle était située dans la paroi musculaire de la matrice: elle tirait son origine du fond de cet organe et s'étendait de là en dehors en avant et à droite, tandis que le reste de la matrice était à peu près normal. La tumeur était entourée d'une membrane enveloppante, d'une structure cartilagineuse et recouverte d'une grande quantité de petites concrétions calcaires amorphes. Son contenu avait une apparence lobulée d'un caractère varié: en partie grisâtre, de la consistance du cancer médullaire, en partie fibro-cartilagineuse, à fibres entre-croisées, parsemées de parties crétacées.

« Jusqu'au quatrième jour l'opérée se porta assez bien. Au troisième jour il se produisit un écoulement d'une petite quantité de pus par le vagin. Alors survinrent des frissons violents avec des symptômes de péritonite; les liquides, qui s'écoulèrent par le vagin, devinrent extrêmement infects et la malade succomba le sixième jour.

« Autopsie. L'inflammation du péritoine et l'exsudat étaient accompagnés d'un épanchement d'environ 10 onces de sérosité sanguinolente mêlée de caillots dans l'excavation. Le vagin était ramolli et gangréneux, les ligatures étaient à moitié détachées par l'ulcération. Les orifices des vaisseaux étaient obstrués par des caillots minces à moitié résorbés[1]. »

La tumeur fibreuse extirpée par CADGE, de Norwich, offrait, d'après M. le docteur ROUTH[2], la grosseur de la matrice en gestation au huitième mois. La tumeur a été énucléée d'abord, mais il fallut ensuite extirper l'utérus et les deux ovaires pour arrêter l'hémorrhagie. L'opérée est morte du choc trente-six heures après l'opération.

---

[1] *Archiv für klinische Chirurgie* de LANGENBECK, t. III, p. 491. Berlin 1862.

[2] Communication manuscrite.

Boyd[1] a extirpé avec succès la partie sus-vaginale de la matrice avec ses annexes. L'ensemble de la masse enlevée pesait 1500 grammes. L'artère ovarique gauche seulement nécessita une ligature. Une hémorrhagie veineuse occasionna une perte de 300 grammes de sang. Les ligatures tombèrent au seizième jour. L'opérée, originaire de la Hongrie, guérit complétement au bout de trois mois.

Les résultats obtenus en Amérique et en Angleterre étaient restés en majeure partie inconnus, lorsque presque simultanément M. Ch. Clay, l'habile chirurgien de Manchester, et moi, nous avons pratiqué avec succès, par la méthode sus-pubienne, deux nouvelles extirpations de l'utérus.

L'opération de M. Ch. Clay, pratiquée le 2 janvier 1863, a été publiée dans la *Gazette médicale* de Londres le 18 avril, et c'est le 20 avril que j'ai pratiqué la mienne à Strasbourg, dans des conditions à peu près semblables.

Je rapporterai plus loin, à la suite de la IIe observation, la relation détaillée de l'opération de M. C. Clay.

Des observations que j'ai rapportées, je conclus :

1° Les tumeurs fibreuses de la matrice gênantes par leur volume, par leur siége, par les accidents qu'elles occasionnent, ou menaçant d'abréger rapidement la durée de l'existence, pédiculées ou interstitielles, peuvent être extirpées à travers la paroi abdominale.

2° Lorsqu'elles sont pédiculées étroitement, elles peuvent être excisées après la ligature préalable de leur pédicule. L'opération bien conduite présente la même gravité qu'une ovariotomie.

3° Lorsque la ligature du pédicule devra porter sur le corps de la matrice ou lorsque cet organe renferme d'autres noyaux fibreux, on devra pratiquer son amputation sus-vaginale ou son extirpation complète, opération beaucoup plus grave qu'une ovariotomie.

---

[1] *Southern Journ. of med. and phys. sc.*, janv. 1857. — *Extirpation of the uterus and its appendages.*

Les ovaires et les trompes devront être enlevés simultanément : 1° parce que ces organes ne sont plus d'aucune utilité et, partant, n'ont plus alors aucune raison d'être ; 2° parce que leur conservation, étant une cause de congestion périodique, de trouble de l'état général, peut donner lieu à des affections consécutives à l'opération ; 3° parce que l'opération devient plus facile et moins dangereuse.

Les tumeurs dont le volume est considérable et qui ne sont pas très-vasculaires peuvent être réduites préalablement à un moindre volume par l'énucléation partielle de leur contenu. Lorsque les ligaments larges ne sont pas trop envahis par les fibroïdes, les tumeurs peuvent être extirpées après la ligature préalable et successive des vaisseaux des ligaments larges.

4° L'extirpation des tumeurs fibreuses utérines est surtout indiquée chez les jeunes femmes chez lesquelles les tumeurs utérines prennent un accroissement rapide, menacent sérieusement la santé, donnent lieu à des hémorrhagies graves, tendent à abréger la durée probable de l'existence, ou rendent la vie insupportable aux malades par la gêne, par les accidents et par les infirmités qu'elles occasionnent.

L'opération devra être pratiquée, autant que possible, avant que la santé soit trop compromise, que la tumeur ait acquis un volume trop considérable, soit 25 à 30 centimètres de diamètre.

L'opération est contre-indiquée lorsqu'il existe des adhérences étendues ou que la tumeur est jugée inextirpable par suite de connexions trop étendues, surtout si elle s'est développée dans l'épaisseur des ligaments larges, lorsqu'il existe un épanchement ascitique qui tend à augmenter ou à se reproduire rapidement, lorsqu'il existe des affections concomitantes incurables ou des circonstances qui peuvent influer d'une manière fâcheuse sur la marche de la guérison.

Voici du reste, *in extenso*, les observations relatives aux gastrotomies que j'ai pratiquées dans des cas de corps fibreux de la matrice.

I.

Tumeur fibreuse énorme de la matrice du poids de 33 kilogrammes. Extirpation. Mort.

Mlle Militine B., de Grandfontaine (Suisse), âgée de vingt-quatre ans, d'une bonne constitution, réglée pour la première fois à dix-huit ans, a joui d'une bonne santé jusqu'à la fin de 1858, époque du début de la tumeur abdominale dont elle est atteinte depuis quatre à cinq ans.

Elle ne peut assigner aucune cause à son affection. Vers l'automne de 1858, il y eut pour la première fois de la dysménorrhée et elle remarqua peu après que son ventre devenait gros. Au printemps suivant la malade se présenta pour la première fois chez M. le docteur Dancourt, de Porentruy, dont l'observation détaillée m'a servi en majeure partie à la rédaction de l'histoire de la maladie, et qui constata à la région hypogastrique une tumeur globuleuse dure. Cette tumeur au palper abdominal pouvait en imposer pour une grossesse, présomption que l'existence de l'hymen devait faire rejeter au premier abord.

La malade s'adressa successivement à plusieurs confrères, qui crurent tous, ainsi que M. le docteur Dancourt, à une tumeur ovarique et qui pratiquèrent ainsi que lui en 1862 plusieurs ponctions restées sans résultat. L'abdomen était déjà énorme, mais toutes les fonctions, sauf la menstruation, s'accomplissaient régulièrement. Les règles disparurent vers 1860 pour reparaître seulement deux ou trois fois depuis.

En 1863, M. le docteur Beurnier, de Montbéliard, et M. Dancourt plongèrent de nouveau à plusieurs reprises le trocart dans la tumeur sans plus de succès que les précédentes fois. L'abdomen depuis 1858 a constamment pris du développement. En 1859, la tumeur était dure, rénitente, peu ou pas douloureuse à la pression. En 1862, alors que le ventre était déjà uniformément distendu, on percevait à n'en pas douter la sensation d'un liquide renfermé ou dans un kyste ou dans le péritoine, si bien que, malgré toutes les tentatives infructueuses de ponction, cette conviction ne pouvait être ébranlée.

En 1863 l'abdomen était devenu monstrueux. Le corps mesure $1^m,50$ de circonférence. De l'appendice xiphoïde au pubis on compte 76 centimètres, ce qui se répartit ainsi : du pubis à l'ombilic 34 centimètres, de l'ombilic à l'appendice xiphoïde 42 centimètres. Les parties déclives du ventre, qui pendent jusqu'à la moitié de la hauteur de la cuisse, sont fortement œdématiées. Il existe une petite quantité de sérosité péritonéale. Le membre pelvien gauche est infiltré, mais l'œdème diminue et revient d'un jour à l'autre. Néanmoins la malade reste levée ou assise toute la journée. Le poids du corps est de 95 kilogrammes, quoique l'amaigrissement soit considérable ; mais l'état général est encore très-satisfaisant au point où en était arrivée la maladie. L'appétit est conservé, mais les digestions sont embarrassées. Selles régulières. Miction normale. Face cyanosée. Dyspnée prononcée. Pouls normal. Le sommeil n'est possible que dans le décubitus latéral.

« L'abdomen, m'écrivait M. le docteur Beurnier, de Montbéliard, représente une masse unique, régulière, ovoïde, assez résistante, s'étendant du creux épigastrique jusqu'aux genoux lorsque la malade est assise, et formant en arrière des saillies très-prononcées de chaque côté de la colonne vertébrale. La percussion fournit partout une matité qui contraste avec le son obtenu à la partie répondant aux intestins, qui sont tout à fait refoulés en arrière sur les côtés de l'épine dorsale. La sensation d'un flot de liquide paraît tellement manifeste qu'on ne saurait conserver aucun doute sur la présence d'un liquide. » Cette sensation m'a paru surtout évidente à gauche. Les chocs les plus légers sont transmis très-nettement à 20, 30 centimètres de distance. Au côté gauche on sent des pulsations artérielles, le long d'une sorte de cordon susceptible de se déplacer transversalement dans une certaine étendue et qui peut être considéré comme étant formé par la trompe hypertrophiée accompagnée des vaisseaux ovariques. L'ombilic est effacé : à son pourtour la paroi abdominale est adhérente à la tumeur dans une étendue de 20 à 25 centimètres.

Partout ailleurs la paroi abdominale est très-mobile. Les adhérences paraissent avoir été consécutives aux ponctions, à l'hémorrhagie qui les aura accompagnées. Car la malade

n'a jamais éprouvé de douleurs péritonéales. La tumeur est insensible à la pression dans toute sa périphérie.

Le col de la matrice est normal, mais dévié à droite. Il n'existe pas de résistance anormale dans l'excavation pelvienne. Malgré le développement énorme du ventre, la malade, qui désirait ardemment être opérée, me parut pouvoir supporter l'extirpation de sa tumeur. Je considérai aussi celle-ci comme étant ovarique. Le développement rapide de cette tumeur, sa fluctuation partielle très-manifeste, la présence du cordon et des battements que l'on percevait le long du côté gauche, l'âge de la malade, l'état normal du col de la matrice et sa déviation, l'apparition de la tumeur à la suite d'une dysménorrhée, la suppression des règles me semblaient autant d'arguments concluants.

Mais avant d'opérer l'extirpation je me proposai de ponctionner encore une fois la tumeur, sauf à donner suite à l'extirpation après l'évacuation du liquide supposé renfermé en abondance dans ses loges, si la base du thorax, qui était énormément élargi, ne se comportait pas d'une manière trop défavorable. Je ponctionnai dans la partie la plus fluctuante sur la ligne médiane avec un trocart de 25 centimètres de longueur; mais même avec une aspiration énergique, avec une seringue il me fut impossible d'extraire autre chose que du sang pur, aussi bien du centre de la tumeur que de sa périphérie et dans deux directions différentes. Le trocart se trouvait pris dans une masse compacte, mollasse. Il n'y avait pas à douter : la tumeur était solide. Je renonçai à l'idée de l'extirpation que je jugeai devoir être trop grave, par suite de la nécessité où l'on se trouvait d'extraire cette tumeur en masse; mais la pauvre malade fut tellement désespérée, me supplia tant, malgré tout ce que je pus lui dire de défavorable, que, à mon grand regret, je cédai et je lui promis de l'opérer.

Plusieurs de mes collègues jugeaient que l'opération serait impraticable, que l'extraction de la tumeur serait impossible à moins d'une incision cruciale de l'abdomen, d'une division de la tumeur, et autres idées non susceptibles d'être mises en pratique. Précisément peut-être à cause de ces contradictions je persistai, je déclarai l'opération praticable et l'extraction de la tumeur possible, en raison de

sa mollesse, au moyen d'une incision maximum de 60 centimètres.

L'opération eut lieu le 14 mars 1863, en présence de M. Lereboullet, doyen de la Faculté des sciences, de MM. L. Coze, Michel et Stoltz, professeurs à la Faculté de médecine, et de MM. les docteurs Frison, médecin major, et G. Lauth. La malade étant chloroformée et couchée sur le côté droit, j'incisai d'emblée la ligne médiane dans une étendue de 50 centimètres. La tumeur ayant été mise à découvert, fut séparée de ses adhérences au pourtour de l'ombilic dans un rayon de 15 centimètres environ. Au moindre choc elle ondulait comme une masse de gelée ou comme une vessie incomplétement distendue par un liquide. Elle était sillonnée de vaisseaux très-volumineux. Vers la gauche elle était adhérente à l'épiploon, dont les vaisseaux artériels et veineux énormément dilatés, semblables à des paquets de gros lombrics entortillés, pénétraient au nombre de vingt à trente dans son épaisseur. Ces vaisseaux furent liés en masse en plusieurs paquets entre deux ligatures et divisés dans l'intervalle. La tumeur étant complétement libre à gauche fut attaquée à droite et isolée également partout.

Comme l'incision était insuffisante pour son extraction, elle fut agrandie de 5 centimètres, soit en tout 55 centimètres, et dès lors toute la masse sortit très-facilement, n'offrant aucune adhérence à sa face postérieure et du côté du bassin. Mais je reconnus que la tumeur était utérine et que les deux ovaires étaient parfaitement sains. Une ligature métallique ayant été placée autour du pédicule qui avait la grosseur du poignet, et serrée dans un serre-nœud, la tumeur fut excisée ; il s'en échappa avec violence un flot de sang dont la quantité peut être évaluée à près de 2 litres. Débarrassée du sang qu'elle contenait, elle pesait encore 33 kilogrammes et était constituée par un corps fibreux interstitiel de la matrice, développé sur le fond de l'organe à son angle gauche, sur lequel portait la ligature. La mise en scène était certainement des plus dramatiques, des plus effrayantes, même pour les personnes habituées au spectacle des plus graves opérations de la chirurgie.

Après l'extraction de la tumeur j'épongeai rapidement le sang et la sérosité épanchée dans l'abdomen. Diverses par-

ties de la surface adhérente de la paroi abdominale, qui fournissaient du sang en nappe, furent touchées avec un peu de perchlorure de fer et plusieurs ligatures furent jetées sur des veines volumineuses.

Le foie et la vésicule biliaire avaient contracté des adhérences avec la tumeur. Le foie était déchiré superficiellement sur son bord tranchant et fournissait du sang noir mêlé de bile sur une surface de 5 à 6 centimètres carrés, laquelle fut touchée avec le doigt enduit d'un peu de perchlorure de fer, qui arrêta à la fois le suintement du sang et de la bile.

Une ligature fut jetée encore sur une veine volumineuse du ligament large qui avait échappé au serre-nœud. Enfin, la cavité abdominale ayant été nettoyée avec soin dans toute son étendue, je procédai à la réunion de l'énorme incision qui fut opérée au moyen de cinq points de suture profonde enchevillée et pris de très-loin et de huit points de suture entortillée.

L'opération, très-prolongée par les soins de l'hémostase, dura deux heures et demie.

Comme les côtes étaient très-déviées au dehors à la base du thorax, et que le foie ne se trouvait plus soutenu à sa face concave, il s'était interposé de l'air entre le foie et le diaphragme, et malgré tous mes soins il me fut impossible de l'expulser en totalité. Un décilitre d'air au moins resta dans la région épigastrique, quoique la peau du ventre eût été refoulée et maintenue contre la concavité du diaphragme à grand renfort de compresses et de coussins.

L'estomac, qui était presque complétement vide au moment de l'opération, se laissa peu à peu distendre par des gaz, et combla en partie l'énorme vide sous-diaphragmatique.

Durant l'opération il était survenu un refroidissement considérable. Le pouls, devenu petit, filiforme, se releva sensiblement dès que l'opérée, reconfortée par du vin et réchauffée, se fut un peu remise et que les douleurs abdominales, localisées principalement du côté du bassin, se furent calmées.

La paroi abdominale, dans la région sous-ombilicale, était très-infiltrée de sérosité. Cette sérosité, légèrement colorée

par du sang, suinta en abondance par l'angle inférieur de la plaie maintenue béante.

La respiration resta laborieuse comme elle avait été avant l'opération, et il se fit une sécrétion assez active de mucosités dans la trachée et dans les bronches.

Dans le courant de la soirée il se produisit trois vomissements glaireux et il se manifesta une soif prononcée.

Prescriptions. — Glace à l'intérieur, café au lait froid, bouillon, consommé de viande, vin; acétate de morphine, 0gr,10; sous-nitrate de bismuth, 3 grammes; vessies renfermant de la glace sur le ventre.

Deuxième jour. L'opérée a passé une bonne nuit. Les douleurs abdominales ont disparu. Le ventre est insensible à la pression. L'estomac est distendu par des gaz. Il se produit plusieurs éructations qui donnent lieu à des vomituritions.

Le pouls est faible, il oscille entre 80 et 85 pulsations; mais il est sensiblement plus développé que la veille.

Dyspnée, écoulement de sérosité moins abondant, soif médiocre.

Mêmes prescriptions que le jour précédent.

Troisième jour. Nuit bonne. Pouls à 92, faible, très-dépressible. La respiration est toujours laborieuse. Ventre complétement insensible à la pression, très-affaissé. L'estomac et quelques anses d'intestin grêle sont distendus par des gaz. On ne peut plus constater de traces d'air renfermé dans la cavité péritonéale. La région hépatique rend un son mat. L'écoulement de la sérosité, qui s'opère par la plaie, est peu abondant, de couleur grisâtre, sans mauvaise odeur. Les vomituritions ont cessé depuis hier. Urines claires, abondantes.

Dans le courant de la matinée les vomituritions se produisent de nouveau et deviennent presque continues.

A ma visite à une heure, au défaut de tout symptôme abdominal grave, considérant les vomissements comme ré ultants de la position trop déclive de l'orifice cardiaque de l'estomac, je fis prendre à l'opérée une attitude moins horizontale: il se produisit aussitôt des éructations prolongées et les vomituritions cessèrent définitivement. Mais la malade a été très-affaiblie par les efforts incessants de vomissements. Je fais administrer, en deux fois, un lavement avec

100 grammes de vin rouge et 10 grammes de teinture de cannelle. Du reste, les bouillons consommés et le vin sont très-bien supportés par l'estomac.

Néanmoins la malade reste dans un état de prostration. Des mucosités bronchiques s'accumulent. La respiration est très-laborieuse. La soif est prononcée. Ni frisson, ni délire, ni douleur abdominale. Le pouls faiblit peu à peu et devient filiforme; les extrémités se refroidissent, et l'opérée succombe le matin du quatrième jour malgré la médication révulsive et excitante la plus active.

Autopsie. La longueur de l'incision est réduite à $0^{m},32$. La réunion est parfaite dans les deux tiers supérieurs; dans les parties profondes du tiers inférieur l'œdème de la paroi abdominale s'est opposé à la réunion immédiate.

L'air resté emprisonné dans la cavité péritonéale a été complétement résorbé.

Dans la partie droite du ventre existe un exsudat séro-sanguinolent non accompagné de fausses membranes. Cet exsudat paraît s'être écoulé des tissus œdématiés de la paroi abdominale.

L'intestin grêle est très-distendu par des gaz. La surface supérieure du foie est couverte d'une couche de sang presque entièrement décoloré. Les parties du foie, qui ont été touchées par du perchlorure de fer, sont adhérentes aux parties voisines. Le perchlorure de fer est presque entièrement résorbé, partout où il a été employé : il n'existe pas de foyer d'irritation en ces points. Une portion d'anse d'intestin grêle au voisinage de la partie béante de la plaie est congestionnée. Pas de phlébite utérine.

Épanchement de sérosité dans le péricarde. Caillots fibrineux dans le cœur et les gros vaisseaux.

La plèvre gauche renferme deux cuillerées de sérosité. Poumon gauche sain.

Épanchement séro-purulent considérable (2 litres environ), accompagné de fausses membranes, dans la plèvre droite. Le poumon droit est légèrement engorgé et peu crépitant.

Remarques. — Quoique cette opération ait été suivie d'insuccès, elle ne peut être invoquée contre l'extirpation des tumeurs fibreuses interstitielles de la matrice. L'extirpation

a été pratiquée dans des conditions exceptionnelles de difficultés, à une période trop avancée de la maladie, comme un pis aller.

Les chances de guérison ont été diminuées par la longue durée de l'opération, par l'existence d'une pleurésie restée inaperçue, par la dyspnée qui en est résultée et qui avait été attribuée avant l'opération à l'énorme distension de l'abdomen, enfin par l'affaiblissement consécutif à la grande perte de sang. L'opérée a succombé à un épuisement progressif. Pratiquée un ou deux ans auparavant, l'opération eût très-probablement réussi.

Il n'y a guère, dans l'histoire de la science, d'exemple de tumeur fibreuse aussi volumineuse, et c'est bien certainement la tumeur *solide* la plus considérable qui ait été extirpée du corps humain. Placée sur une table elle offrait $1^{m},70$ de circonférence et 20 centimètres d'épaisseur. Son tissu, très-mollasse en plusieurs endroits, criait sous le scalpel et ondulait comme une masse de gelée sous l'influence d'un choc très-léger. Il était sillonné et traversé par des vaisseaux très-nombreux et très-volumineux, et il était infiltré d'un liquide épais et filant.

Des tumeurs fibreuses, plus volumineuses encore, ont été observées chez des malades qui ont succombé aux progrès de la maladie et aux accidents consécutifs.

La tumeur, décrite par WALTER[1], pesait 35 kilogrammes: elle s'était développée peu à peu pendant dix ans, à partir de l'âge de vingt ans environ.

Dans le cas rapporté par SIEGMUND[2] on s'aperçut de l'existence de la tumeur à l'âge de trente-quatre ans, et la malade mourut à l'âge de quarante-cinq ans. La tumeur avait acquis un poids de 37 kilogrammes, et la cavité péritonéale renfermait en outre 15 kilogrammes de sérosité.

L'introduction de l'air dans la cavité abdominale et l'exposition même assez prolongée, d'un quart d'heure et plus, des viscères à l'air n'est pas précisément préjudiciable, au moins à en juger par ce qui se passe dans les opérations de hernie étranglée et dans l'ovariotomie. L'air resté empri-

---

[1] WALTER, *Ueber fibröse Körper der Gebärmutter.* Dorpat 1842.
[2] *OEsterreich. medic. Wochenschrift*, 1841, n° 9, p. 195.

sonné dans la cavité péritonéale est résorbé très-facilement.

L'œdème des parois abdominales s'oppose à la réunion immédiate, mais il n'entrave pas d'une manière absolue la cicatrisation. Dans ma deuxième opération d'ovariotomie, l'épaisseur considérable du tissu graisseux sous-cutané et l'œdème n'ont pas empêché la réunion de se faire d'une manière très-régulière.

Comme résultat pratique important de l'opération je signalerai surtout l'action hémostatique et inoffensive du perchlorure de fer dans la cavité péritonéale, et l'efficacité de cet agent pour arrêter les hémorrhagies en nappe de la paroi abdominale et le flux de sang et de bile résultant de la déchirure du foie, une complication grave qui a été observée déjà à plusieurs reprises dans les opérations d'ovariotomie. C'est lors de ma quatrième opération d'ovariotomie que j'ai fait usage pour la première fois du perchlorure de fer, *en applications perdues*, dans le but d'arrêter une hémorrhagie en nappe de la paroi abdominale, qui avait été adhérente sur une large surface au kyste ovarique. Aucun accident n'est résulté de cette pratique, peut-être téméraire, mais qui était impérieusement commandée alors pour remédier à l'hémorrhagie. Depuis j'ai employé ainsi, d'une manière toujours très-discrète, il est vrai, le perchlorure de fer, à plusieurs reprises, et cela sans inconvénient.

II.

Tumeur fibreuse de la matrice du poids de 7 kilogrammes. Extirpation des deux ovaires et amputation de la partie sus-vaginale de la matrice. Guérison.

Mme S., de Saverne, sage-femme, âgée de trente ans, très-nerveuse, bien constituée, a toujours joui d'une excellente santé. Régulièrement menstruée depuis l'âge de treize ans et demi, mariée depuis six ans, elle n'a jamais eu de grossesse, si ce n'est il y a cinq ans et demi, où elle a fait une fausse couche au troisième mois. Elle s'aperçut à cette époque de l'existence d'une tumeur dure, arrondie, de 5 à 7 centimètres de diamètre, située vers la gauche de l'excavation pelvienne, que M. le professeur STOLTZ recon-

nut alors pour être une tumeur fibreuse de la matrice. Cette tumeur, susceptible au début de se déplacer d'un flanc à l'autre, s'accrut progressivement sans occasionner aucun dérangement notable dans les fonctions de l'économie. MM. les docteurs Lévy et Steinbrenner conseillèrent sans succès diverses médications iodiques internes et externes. M. le docteur Boinet, consulté il y a trois ans, considéra la tumeur comme étant de nature mixte ; il prescrivit à la malade des pilules arsénicales et iodées et un emplâtre résineux scillitique sur le ventre, garantissant la guérison au bout d'un an. Cette médication resta sans résultat, et la tumeur prit un accroissement très-rapide depuis environ deux ans. La miction devint fréquente et la menstruation, de plus en plus douloureuse et prolongée, s'accompagna chaque fois de vomissements et de diarrhée. La tumeur tournait parfois sur son axe sous l'influence d'une pression latérale ou même du décubitus latéral ; le ventre devenait alors très-proéminent, et la tumeur occasionnait à la malade des douleurs intenses qui ne cessaient que lorsqu'elle avait repris sa position naturelle. Depuis trois mois la tumeur ne s'était plus retournée ainsi.

État actuel. Mme S. est amaigrie, mais elle jouit encore d'un embonpoint ordinaire. La santé est très-bonne. La menstruation est normale et a lieu à des époques très-régulières. Il n'y a point de flueurs blanches. Il n'existe pas d'ascite ni d'infiltration des extrémités. La tumeur abdominale remonte à trois, à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic ; elle tire son origine de l'excavation pelvienne, et elle est d'une nature douteuse, utérine ou ovarienne. La tumeur est solide ; elle présente en quelques points, à gauche, une fluctuation incertaine ; elle est très-consistante à droite. Elle est ovoïde, arrondie régulièrement, allongée transversalement. Sous l'influence du décubitus latéral et d'une pression exercée à gauche, elle s'est tournée de manière à présenter en avant son extrémité gauche, qui est moins renflée que celle du côté droit. Je pus ainsi me convaincre que la tumeur devait être étroitement pédiculée, et qu'il n'existait aucune adhérence entre la paroi abdominale et très-probablement aussi avec les intestins. La tumeur présente à gauche et en avant une inégalité longitutinale,

molle, dépressible, qui peut être rapportée à la trompe hypertrophiée ou à une adhérence épiploïque, car cette saillie se déplace avec ses mouvements de rotation, et se porte alors en avant et à droite. La paroi abdominale est souple et susceptible d'un allongement assez considérable pour que l'incision abdominale nécessaire pour l'extraction en masse de la tumeur ne doive guère s'étendre à plus de 3 à 4 centimètres au-dessus de l'ombilic. La tumeur paraît être de nature fibreuse et semble renfermer en quelques points des parties liquides ou vibrantes d'une consistance molle. Le col de la matrice est dévié en arrière et à gauche ; il se porte en avant dans les mouvements de rotation de la tumeur ; lorsqu'on soulève celle-ci, il n'est pas entraîné sensiblement en haut ; il est mou, normal, saillant. Il n'existe pas de tumeur appréciable dans l'excavation pelvienne.

Diagnostic. Le diagnostic reste indécis. La tumeur est ovarienne ou utérine. Les caractères qui semblent se rapporter à une tumeur ovarienne compacte ou partiellement multiloculaire sont : sa forme arrondie, non bosselée ; sa consistance mollasse en quelques points ; sa fluctuation obscure ; la déviation du col de la matrice et l'apparente indépendance de cet organe lorsqu'on soulève la tumeur ; les troubles peu prononcés de la menstruation ; l'âge de la malade au début de l'affection ; la présence d'un cordon vasculaire longitutinal, mobile avec la tumeur, et que l'on peut considérer comme étant formé par la trompe. Les caractères propres à une tumeur utérine consistaient, au contraire, dans la compacité, dans la dureté de la tumeur à droite, dans sa mollesse, dans sa souplesse à gauche, dans son développement graduel. La forme arrondie de la tumeur, sa fluctuation douteuse, la déviation du col de la matrice sont des caractères parfaitement susceptibles de se rapporter à une tumeur fibreuse de la matrice.

Conclusions. Quelle que soit la nature de la tumeur, qu'elle soit utérine ou ovarienne, on peut déclarer que l'affection est incurable et qu'elle ne restera pas stationnaire, vu que le traitement iodique est resté sans résultat et que la tumeur prend un accroissement rapide. Dans un temps rapproché, dans un ou deux ans au plus, cette tumeur troublera diverses fonctions de l'économie, la digestion, la res-

piration, la circulation, et la malade succombera prématurément, tout en traînant une vie misérable. Une opération hardie est le seul recours pour la guérison. Le moment d'intervenir est indiqué, et il ne peut être différé longtemps sans que la situation soit aggravée. La malade, très-courageuse d'ailleurs, désire être débarrassée à tout prix de la tumeur, en parfaite connaissance de cause de la gravité de l'opération qu'elle devra subir et des conséquences ultérieures en cas de réussite.

La tumeur est susceptible d'être facilement extirpée ; si elle est ovarienne, l'opération sera très-simple et le pronostic très-favorable.

Si la tumeur est utérine, deux cas peuvent se présenter. Ou bien la tumeur est superficiellement développée dans la paroi utérine et pourra être liée et excisée sans entamer profondément la matrice ; ou bien elle fait corps avec la matrice et celle-ci présente d'autres noyaux fibreux. — Dans le premier cas l'opération ne présentera pas plus de gravité qu'une ovariotomie ; dans le deuxième cas elle sera très-grave et nécessitera l'amputation ou l'extirpation de la matrice : dans l'une ou l'autre de ces alternatives j'enlèverai les trompes et les ovaires, quand même ces organes seraient complétement sains, 1° parce que ces organes deviendront complétement inutiles ; 2° parce que les produits de sécrétion des trompes, ne pouvant plus être évacués, s'accumuleraient et pourraient devenir la source d'une affection nouvelle, d'une hydropisie des trompes ; 3° parce que les ovaires, continuant à donner lieu à une hémorrhagie menstruelle et à sécréter des ovules qui ne trouveraient aucune issue au dehors, pourraient peut-être donner lieu à des accidents plus ou moins graves ; 4° parce que la conservation des trompes et des ovaires donnerait lieu à des difficultés opératoires. L'opération, plus grave en apparence au point de vue de la soustraction des parties organiques, sera plus simple, moins grave au point de vue chirurgical pratique. En sacrifiant les trompes et les ovaires, on pourra aisément embrasser la matrice et le ligament large de chaque côté dans une seule anse de ligature, tandis que si l'on conserve les trompes et les ovaires, cela ne sera pas praticable. Pour placer plusieurs ligatures le long de la matrice,

il faudrait traverser le ligament large et s'exposer à des hémorrhagies graves, en piquant l'un des vaisseaux utérins probablement très-volumineux, tandis qu'il sera très-facile de placer de chaque côté sur le ligament large, en dehors de la trompe et de l'ovaire, une anse métallique que l'on aura conduite, au moyen d'une aiguille, suivant les indications, à une hauteur variable à travers l'épaisseur du col de la matrice ou au-dessous ; mais comme le col de la matrice est sain, on pourra probablement le conserver[1].

Opération. Je procédai à l'opération le 20 avril, avec le concours de M. le professeur L. COZE et de M. SARAZIN, agrégé, en présence de M. HERRGOTT, agrégé. M. Elser était chargé de la chloroformisation.

J'incisai d'emblée la ligne médiane à partir de 3 1/2 centimètres au-dessus de l'ombilic, jusqu'à 3 centimètres au-dessus du pubis, en passant directement par l'ombilic, qui était le siége d'une petite hernie de 2 centimètres de diamètre, laquelle a été ainsi divisée. Le tissu connectif graisseux sous-cutané, la ligne blanche et le muscle pyramidal ayant été traversés successivement sans qu'il soit résulté d'hémorrhagie notable, la tumeur apparut, complétement libre d'adhérences à la paroi abdominale, mais ayant contracté avec le grand épiploon, dans un espace de 3 à 4 centimètres, des connexions constituées exclusivement par trois artères du calibre de l'artère radiale. Deux ligatures en masse furent jetées sur ces vaisseaux que je divisai ensuite dans l'intervalle. Je reconnus que la tumeur était solide, mais je fis néanmoins à gauche avec un petit trocart une ponction exploratrice, qui resta sans résultat. J'essayai ensuite de faire saillir le côté gauche de la tumeur, que j'avais reconnu être le plus étroit, entre les lèvres de l'incision, en déprimant la paroi abdominale du même côté; mais je m'aperçus que l'incision était insuffisante. En conséquence je l'agrandis au-dessus de l'ombilic de 1 1/2 cen-

---

[1] En entreprenant cette opération, je n'avais aucune connaissance des opérations analogues qui avaient été exécutées jusqu'alors et que j'ai pu recueillir depuis. Ces opérations étaient restées inédites ou perdues dans différents recueils périodiques, sans être signalées dans aucun ouvrage classique.

timètres environ. Dès lors il me fut facile d'engager la tumeur dans l'incision, et à l'aide de quelques pressions et de mouvements de latéralité elle s'échappa peu à peu à travers l'ouverture abdominale. Le pédicule de la tumeur fut étreint le plus près possible de sa base par la chaîne d'un constricteur et serré rapidement. La tumeur fut ensuite excisée à quelque distance du pédicule, afin que ce dernier n'eût pas de tendance à s'échapper de l'anse métallique. Avant d'aller plus loin, j'épongeai rapidement l'intestin grêle, l'épiploon et l'estomac, qui avaient fait hernie au dehors sur la paroi abdominale, malgré les soins avec lesquels M. le professeur Coze maintenait la partie supérieure de l'incision. Je repoussai ces viscères dans la cavité abdominale, et je rapprochai de suite, mais incomplétement, les bords de la partie supérieure de l'incision au moyen de deux points de suture enchevillée profonde, de manière à empêcher l'issue des viscères. Je m'occupai dès lors de terminer l'opération du côté du bassin. Je reconnus de nouveau que la tumeur était utérine, que le corps de la matrice était volumineux et renfermait dans sa paroi un petit corps fibreux sous forme d'un noyau dur, que la partie inférieure du col était saine, que la trompe du côté gauche avait été divisée, que l'ovaire de ce côté était parfaitement sain, que l'ovaire du côté droit avait un volume anormal, et qu'il présentait de plus en avant une saillie très-rouge formée par une vésicule de Graaf près d'éclater. La matrice, les trompes et les ovaires n'offraient aucune adhérence dans l'excavation pelvienne. La tumeur fibreuse extirpée était implantée sur le fond de la matrice vers la gauche. Son pédicule se continuait sans démarcation avec le corps de la matrice, sur l'angle gauche de laquelle le serre-nœud se trouvait placé. Le col de la matrice était dirigé à gauche, tandis que le corps de cet organe avait été repoussé à droite par le poids de la tumeur. D'énormes veines et des artères très-volumineuses sillonnaient les ligaments larges.

Ma résolution était déjà prise : je laisserai la partie vaginale du col de la matrice qui était saine, et j'extirperai la matrice avec la trompe et les deux ovaires.

Après avoir décollé la matrice de la vessie jusqu'au vagin, je saisis une longue tige d'acier de 2 millimètres d'épaisseur.

non trempée à sa partie moyenne, terminée en pointe de trocart et munie à l'autre extrémité d'un chas, à travers lequel passait un double fil de fer tordu et replié en deux parties égales. Je donnai à la tige une courbure convenable, et je traversai le col de la matrice en avant sur la ligne médiane au niveau de la partie sus-vaginale, et je fis sortir l'instrument en arrière dans le cul-de-sac recto-vaginal, en entraînant les deux extrémités des fils de fer. L'aiguille ayant été détachée, après que j'eus divisé les fils de fer au niveau du chas de l'instrument, chacun des doubles fils engagés dans le même trou du col utérin servit à embrasser de chaque côté le ligament large dans une anse que je plaçai au plus près de l'ovaire et de la trompe correspondante, et qui fut ensuite serrée dans un de mes serre-nœuds, disposés exprès pour cet usage. La constriction ayant été jugée suffisante de chaque côté, j'enlevai le serre-nœud à chaîne placé sur le pédicule. Je détachai les trompes et les deux ovaires près de l'anse de chaque ligature, et j'amputai la matrice avec des ciseaux au niveau de la réunion du corps de cet organe avec son col, de manière à laisser une sorte de moignon destiné à s'opposer au glissement des anses des ligatures, qui avaient été serrées jusqu'à cessation complète de tout suintement sanguin.

Cette première partie de l'opération a été exécutée en moins de vingt minutes.

Je procédai dès lors au nettoyage de la partie inférieure de la cavité abdominale. Les intestins et l'excavation pelvienne furent débarrassés des caillots qui s'y étaient accumulés, et épongés exactement, mais de manière cependant à n'enlever le sang que très-incomplétement, car l'éponge dont je me suis servi pendant toute la durée de l'opération n'a jamais été lavée, mais a été simplement exprimée chaque fois. La petite quantité de sang restante sert à agglutiner provisoirement la paroi abdominale et les anses intestinales entre elles jusqu'à ce que les adhérences soient définitivement organisées. Ces adhérences fraîches, simplement pseudo-membraneuses, doivent être ménagées avec le plus grand soin.

J'enduisis la surface des parties des ligaments larges et de l'utérus, destinées à se mortifier, avec du perchlorure de

fer à 40 degrés, en ayant soin de bien essuyer l'excès du liquide. Je terminai en plaçant trois nouveaux points de suture enchevillée profonde. Le deuxième point passait en travers de l'ombilic, la ligature des artères épiploïques fut engagée au-dessous du deuxième point de suture et attirée à 2 centimètres au-dessous du niveau de la peau, dans l'épaisseur de la paroi abdominale. Le quatrième point de suture profonde dut être fortement serré pour s'opposer à une hémorrhagie déterminée par la ponction du petit trocart explorateur qui me sert à placer les fils de fer. Le cinquième point de suture subissait une forte traction par suite de l'écartement que j'établis et que je maintins entre les deux serre-nœuds. Six points de suture entortillée complétèrent la réunion de la peau.

L'opération tout entière dura ainsi une heure et demie, et l'on fit usage de 250 grammes de chloroforme.

La température de la chambre a été assez élevée, mais néanmoins l'opérée, quoique couverte de flanelle, s'était refroidie pendant que le ventre était resté à découvert. Les pieds furent réchauffés avec une boule d'eau chaude, des draps chauds furent placés sur les extrémités et la chaleur se rétablit rapidement.

Deux vessies pleines de glace furent placées sur le ventre, une de chaque côté, par l'intermédiaire d'un drap, de manière à obtenir, comme dans mes précédentes opérations, un abaissement continu de température, favorable à l'hémostase et destinée à modérer la tendance inflammatoire du péritoine. La partie inférieure de l'incision, maintenue béante par les serre-nœuds écartés l'un de l'autre, resta sans pansement à découvert.

Le pouls, bien développé, accuse après l'opération 95, puis 82 et enfin le soir 80 pulsations. L'opérée éprouve des douleurs qui vont en irradiant vers les reins et vers le sacrum. Ces douleurs lui paraissent analogues à celles qu'elle éprouvait pendant les périodes menstruelles. Elles se calment peu à peu et disparaissent vers le soir. De suite après l'opération il s'est manifesté une toux accompagnée d'expectoration de mucosités ; il survient des quintes à mesure que les grosses bronches s'obstruent. Le côté droit de la poitrine est libre, mais la respiration du côté gauche est

embarrassée. Râles sibilants et muqueux. Il se produit à l'extrémité inférieure de la plaie, maintenue béante, un suintement séreux sanguinolent, puis séreux, peu abondant. Le ventre reste plat, souple, indolent. Il n'y a pas de soif, et aucun symptôme alarmant ne se présente. Le sommeil est paisible pendant toute la nuit; il n'est interrompu que par les quintes de toux. Il survient pendant la nuit une vomiturition pendant un effort d'expectoration. Cathétérisme fréquent.

Prescriptions. — Acétate de morphine, 10 centigrammes. Infusion de feuilles d'oranger. Abstinence de liquide sucré pour éviter les vomissements autant que possible.

Deuxième jour. Pouls à 84, 88, 90 pulsations. Râles sibilants dans la poitrine. L'expectoration des mucosités s'est produite quatre fois dans le courant de la journée à la suite d'efforts de toux d'une demi-heure de durée. Anxiété, dyspnée, avant chaque accès d'expectoration. Les douleurs abdominales ont complétement disparu. Calme, sommeil dans les intervalles de toux. Absence de soif. Ventre souple, mou, indolent à la pression. Un peu de sensibilité dans la profondeur des fosses iliaques, avec sensation de traction légère. Dès le matin je dispose dans l'intérieur de la plaie béante un appareil dilatateur, en détruisant avec précaution les adhérences déjà très-fortes établies entre l'intestin grêle et la vessie dans l'intervalle des deux serre-nœuds. Cet espace est maintenu libre par une rangée de tubes de caoutchouc largement fenestrés.

Prescriptions. — Acétate de morphine, 10 centigrammes. Infusion de feuilles d'oranger. Infusion de 5 grammes de polygala dans 120 grammes d'eau, édulcorée avec 30 grammes de sirop de baume de Tolu. Bouillons. Pâte de réglisse, dont l'opérée a consommé environ 100 grammes par jour pendant la première quinzaine qui a suivi l'opération. La plaie est pansée trois fois par jour.

Troisième jour. Pouls à 95, 105, 97 pulsations. Il s'établit une transpiration abondante à plusieurs reprises. L'expectoration est plus facile. La respiration est libre. La plaie commence à fournir de la sérosité grisâtre sans mauvaise odeur, provenant des parties mortifiées dans la profondeur. Extraction de trois épingles de la suture superficielle.

Réunion immédiate. Des lotions de sulfate de fer sont faites sur l'incision et sur les points de suture. Urines abondantes, un peu colorées. État excellent. Bouillons. Potage.

Quatrième jour. Le pouls marque 98, 95, 90 pulsations. Dans la nuit il est survenu une quinte de toux et d'expectoration de mucosités pendant trois heures. Plusieurs accès de toux de peu de durée dans le courant de la journée. Les vessies remplies de glace sont supprimées. L'appareil dilatateur bivalve est enlevé ; il est remplacé par un paquet de tubes en caoutchouc et par des mèches de charpie sèche. Les serre-nœuds sont maintenus écartés par une tige transversale qui les relie l'un à l'autre. La suppuration n'exhale pas de mauvaise odeur. Urines abondantes. Transpiration très-forte. Le ventre est souple, indolent, mais il commence à s'élever un peu, distendu par des gaz qu'on évacue au moyen d'une canule, afin de s'opposer au décollement des adhérences des anses intestinales agglutinées aux environs de la plaie. Extraction de la troisième et de la quatrième épingle de la suture superficielle.

Cinquième jour. Pouls à 92, 95, 88 pulsations. Accès de toux d'une demi-heure de durée pendant la nuit. Durant la journée surviennent plusieurs quintes avec expectoration abondante. L'état général est excellent. S'il n'y avait pas eu de bronchite, l'opérée ne se serait pas ressentie en quelque sorte de l'opération grave qu'elle a subie et dont elle ignore du reste les circonstances ; mais les efforts de toux provoquent chaque fois une douleur très-vive sur le trajet des points de suture profonde, surtout des deux inférieurs qui sont plus tiraillés que les autres à cause de l'écartement des lèvres de la partie inférieure de la plaie toujours maintenue largement béante. Extraction de la dernière épingle de la suture superficielle. La peau est douloureuse, enflammée sur le trajet des deux points inférieurs de suture profonde.

Sixième jour. Pouls à 90, 87, 88 pulsations. L'expectoration des mucosités bronchiques a encore lieu trois ou quatre fois par jour par quintes d'un quart d'heure à une demi-heure de durée. Les efforts de toux sont très-douloureux sur le trajet des deux derniers points de suture, qui coupent peu à peu les chairs. Urines abondantes, claires. Lavement simple. Évacuation alvine.

L'infusion de polygala est remplacée par une potion avec 0gr,15 de kermès. Bouillons, potages, poulet.

Septième jour. Pouls à 82, 84, 88 pulsations. Expectoration abondante de mucosités à plusieurs reprises. Etat excellent du reste. Urines très-claires. Lavement. L'acétate de morphine est supprimé et remplacé par 10 grammes d'eau de laurier-cerise. Alimentation *ad libitum.* Eau rougie.

Huitième jour. Pouls à 95, 98 pulsations. La bronchite diminue d'intensité. Respiration libre. Expectoration facile. L'appétit est excellent. Position demi-assise. Suppuration peu abondante La douleur provoquée par la toux sur le trajet des derniers points de suture profonde, où la peau est très-sensible à la pression, donne lieu à une surexcitation nerveuse, avec mouvement fébrile. Du reste, le ventre est souple, mou, indolent, excepté sur le trajet des points de suture, où le tissu sous-dermique est enflammé et où il tend à se faire un travail de suppuration.

Prescriptions. — Infusion de valériane et de feuilles d'orangers. Eau de laurier-cerise. Éther. La potion kermétisée est supprimée.

Neuvième jour. Pouls à 80, 80, 82 pulsations. Nuit agitée. Surexcitation nerveuse. L'opérée est tourmentée par des gaz intestinaux. Un lavement avec une cuillerée de miel dans parties égales d'eau et de lait procure une évacuation alvine abondante, qui produit une soulagement marqué. Extraction du premier point de suture profonde. Quatre séries de cordonnets attachés à la paroi abdominale par du collodion sont établis. Le pansement n'a plus lieu que deux fois par jour. Le fil de la ligature en masse des artères épiploïques se détache spontanément.

Dixième jour. Pouls à 83 pulsations. Extraction des fils du deuxième, troisième et quatrième point de suture profonde. Un abcès phlegmoneux développé sur le trajet du quatrième dans le tissu cellulaire sous-cutané donne issue à environ 30 grammes de pus épais. Des tubes fenestrés sont placés dans chaque orifice des points de suture. Lavement au miel. La bronchite diminue progressivement.

Onzième jour. Pouls à 77 pulsations. État très-satisfaisant.

Douzième jour. Pouls à 74 pulsations. L'opérée a dormi

toute la nuit. Extraction du dernier point de suture profonde. Appétit excellent. La suppuration sur le trajet des points de suture est presque complétement tarie.

Treizième jour. Extraction des deux serre-nœuds qui plongeaient l'un et l'autre à une profondeur de 8 à 9 centimètres dans l'intérieur de la cavité péritonéale. Des tubes en caoutchouc sont glissés le long des fils de fer, pour empêcher ces derniers de blesser les intestins et pour faciliter leur extraction ultérieure, à la chute des parties mortifiées du col de la matrice.

Quatorzième jour. Extraction des anses de fil de fer des serre-nœuds qui ont offert les dimensions suivantes : l'anse du côté droit a 8 millimètres de diamètre et celle du côté gauche a 11 millimètres de diamètre. Ces anses n'avaient plus été serrées à partir du deuxième jour.

Quinzième jour. Pouls à 75 pulsations. Les trajets fistuleux des sutures profondes sont cicatrisés dans presque toute leur étendue. Un gros tube en caoutchouc, de 14 millimètres de diamètre, assure l'issue du pus et des détritus mortifiés de la matrice, provenant de la profondeur de la cavité pelvienne, concurremment avec d'autres tubes fenestrés d'une petite dimension. Plusieurs lambeaux de tissus mortifiés s'échappent pendant les injections détersives.

Seizième jour. Diverses parties de tissus mortifiés sortent encore de la profondeur ou sont extraits avec une pince à pansement. État général excellent. L'opérée se lève pour la première fois. Suppuration presque blanche.

Dix-septième jour. Suppuration blanche.

A partir de ce jour, la cicatrisation a suivi une marche régulière. Les tubes de caoutchouc, qui plongeaient d'abord à une profondeur de 11 centimètres, ont été raccourcis uccessivement de 1 centimètre par jour, et au vingt huitième jour il n'est plus resté qu'une petite plaie superficielle, étroite, de 3 centimètres de longueur, et qui a été complétement fermée le trente et unième jour, le 20 mai. A chaque pansement renouvelé deux fois par jour, les tubes de caoutchouc ont été nettoyés, puis désinfectés dans une solution de 10 grammes de sulfite de soude dans 100 grammes d'eau. La bronchite a diminué peu à peu et a fini par disparaître. A partir du vingt-huitième jour, l'opérée est restée levée,

se promenant toute la journée, heureuse et contente, prenant de l'embonpoint et jouissant d'une santé parfaite.

La cicatrice abdominale s'est réduite à une longueur de 11 centimètres. Comme chez mes précédentes opérées d'ovariotomie, il n'existe aucune éventration. Mon procédé particulier de réunion met à l'abri de cet accident, parce qu'il permet d'obtenir une suture exacte et une cicatrice solide dans toute l'épaisseur des tissus de la paroi abdominale. Cependant environ dix mois après l'opération, il s'est manifesté, à l'extrémité inférieure de la cicatrice, là où la réunion n'a pas eu lieu d'une manière immédiate, une pointe herniaire dont le développement a pu être facilement arrêté par un bandage ordinaire. La hernie ombilicale est radicalement guérie.

Le ventre est également souple, mou, de toutes parts. Le col de la matrice occupe sa place normale : il n'éprouve plus aucune déviation.

Les règles n'ont plus paru. A l'époque habituelle il ne s'est produit absolument aucun des symptômes éprouvés antérieurement à l'opération.

Le pouls a présenté les variations suivantes :

Premier jour. Après l'opération 95, 82, 80 pulsations.

Deuxième jour. 84, 88, 90 pulsations. (Développement graduel de la bronchite.)

Troisième jour. 95, 105, 97 pulsations. (Apogée du développement de la bronchite.)

Quatrième jour. 98, 95, 90 pulsations. (Inflammation des tissus sous-cutanés sur le trajet des deux derniers points de suture profonde.)

Cinquième jour. 92, 95, 88 pulsations.

Sixième jour. 90, 87, 88 pulsations.

Septième jour. 82, 84, 88 pulsations.

Huitième jour. 95, 98 pulsations. (Formation d'un abcès phlegmoneux dans le tissu cellulaire sous-cutané.)

Neuvième jour. 88, 80, 82 pulsations.

Dixième jour. 83 pulsations. (Ouverture de l'abcès.)

Onzième jour. 77 pulsations.

Douzième jour. 74 pulsations.

Quinzième jour. 75 pulsations.

Trentième jour. 72 pulsations.

L'extirpation de la matrice et des deux ovaires n'a été suivie que de douleurs très-modérées. Ces douleurs, provoquées par la constriction des nerfs de ces organes, irradiaient vers les reins et vers le sacrum. Elles étaient pour l'opérée comparables à celles qu'elle éprouvait à chaque période menstruelle. Ces douleurs, d'abord assez vives après l'opération, au réveil de la sensibilité, se sont calmées peu à peu et ont disparu complétement vers le soir, pour ne plus revenir. Depuis, la cicatrisation et l'élimination des tissus mortifiés ont marché très-régulièrement, grâce à la manière dont elles ont été dirigées, et l'opérée ne s'est pas même doutée de l'extirpation de ses organes générateurs avant qu'on l'en ait informée.

Résultats de l'opération. La malade a été radicalement débarrassée de sa tumeur et mise à l'abri de toute récidive par l'amputation de l'utérus. Elle n'a à redouter aucune de ces infirmités si fréquentes chez la femme, qui tirent leur origine de la matrice, telles que la leucorrhée, les polypes, les hémorrhagies, la descente de la matrice. L'extirpation des ovaires devenus inutiles par le fait de l'existence d'une tumeur fibreuse aussi considérable, qui s'oppose nécessairement à l'évolution normale de la grossesse, a débarrassé l'opérée de ses époques menstruelles et de tous les inconvénients qui s'y rattachent, ainsi que des maladies qui tirent leur origine des ovaires. Enfin, on a obtenu la guérison de la hernie ombilicale. Il n'est résulté aucun trouble dans les fonctions du tube digestif et de la vessie. La durée de la vie, qui n'aurait guère pu se prolonger au delà de deux à trois ans, vu les progrès rapides de la tumeur pendant les deux dernières années, au prix de souffrances continues, peut être portée à une limite indéfinie, à l'abri de toute maladie et de toute infirmité résultant des ovaires et du corps de la matrice.

Un an et demi après l'opération, au moment de la publication de ce Mémoire, la santé de Mme S. est toujours excellente; elle a pris de l'embonpoint et elle continue à se livrer sans inconvénient à ses occupations.

Antérieurement elle avait été sujette à de fréquents accès d'hystérie. Depuis l'extirpation des ovaires, ces accès ne se sont plus reproduits.

Description des pièces pathologiques. La tumeur fibreuse extirpée pèse 7 kilogrammes. Elle a une forme ovoïde ; elle est arrondie en bas et en avant, aplatie en arrière, où elle se moulait sur la saillie de la colonne vertébrale. Son extrémité droite est plus renflée et plus consistante que celle du côté gauche. La tumeur est fibreuse, compressible et d'une structure compacte dans toute son épaisseur. Elle présente l'aspect ordinaire et la structure microscopique des tumeurs fibreuses de la matrice. Sur la coupe elle paraît aréolaire, composée d'une agglomération de noyaux fibreux plus ou moins volumineux, d'une consistance variable. Vers la gauche, les chocs communiqués à la masse y déterminent un mouvement vibratoire analogue à celui d'une masse gélatineuse et qui en impose pour une fluctuation vague. La tumeur offre les diamètres suivants : transversalement, 30 centimètres; d'avant en arrière, 17 centimètres; de bas en haut, 25 centimètres. Sur le bord antérieur gauche elle était adhérente à l'épiploon. Trois artères épiploïques du calibre de l'artère radiale, non accompagnées de veines, y pénètrent en ce point. Partout ailleurs sa surface est lisse et libre d'adhérences. L'accroissement rapide de la tumeur paraît devoir être attribué à ces connexions vasculaires anormales, ainsi que dans le cas précédent.

La matrice a été amputée exactement au niveau de la réunion du col avec le corps, la partie sus-vaginale du col étant restée comprise entre les anses des deux ligatures. La matrice est hypertrophiée, très-vasculaire et offre dans son épaisseur un petit corps fibreux. La tumeur fibreuse extirpée était implantée sur le fond de la matrice, sur l'angle gauche. La ligature, qui a été placée sur le pédicule de la tumeur avant son extirpation, passait en travers de l'angle gauche de la cavité utérine. Par l'enlèvement de la tumeur de la matrice, la trompe gauche a été divisée en deux endroits à son insertion. Les artères utérines ont un calibre très-considérable, et les veines utérines dans le ligament large des deux côtés sont énormes, comme à la fin d'une grossesse. Les trompes sont parfaitement saines et libres d'adhérences. L'ovaire du côté gauche est sain. Celui du côté droit présente un volume plus considérable qu'à l'état normal. En arrière, plusieurs follicules de Graaf sont hypertrophiés; en avant se

trouve un ovule en pleine maturité; le follicule qui le renferme est saillant, aminci, prêt à se rompre. Les diamètres de l'ovaire gauche sont : suivant la longueur, 35 millimètres ; suivant l'épaisseur, 12 millimètres. Ceux de l'ovaire droit sont : suivant la longueur, 44 millimètres; suivant l'épaisseur, 25 millimètres.

Remarques. Il est intéressant de rapprocher de l'observation précédente le cas de M. C. Clay, de Manchester, relatif à une opération analogue, que cet habile chirurgien a pratiquée presque en même temps, le 2 janvier 1863 [1].

« Mlle N., de S., me consulte pour la première fois, en 1858, pour une tumeur abdominale qui lui occasionnait du malaise depuis quelques années. Elle était amaigrie, mais sa santé était bonne, du reste. La menstruation était irrégulière. La tumeur, plus développée du côté droit, était compacte, de forme irrégulière, très-dure, très-mobile et probablement sans adhérences graves; son poids pouvait être évalué à environ 3 kilogrammes. La malade se plaignait d'une sensation de pesanteur et de pression sur le périnée. A l'exploration vaginale je trouvai que la tumeur remplissait en grande partie l'excavation pelvienne. Le doigt passait avec difficulté le long du sacrum, et je ne pus sentir nulle part l'orifice du col utérin. A cette époque la miction s'opérait naturellement; les règles n'étaient pas supprimées; il existait seulement de la constipation. Comme la tumeur n'avait pas augmenté d'une manière sensible dans les derniers mois, j'engageai la malade à venir me revoir si les progrès de sa maladie occasionnaient des troubles plus sérieux. Ma première impression relative à ce cas fut de rapporter la tumeur à l'utérus, quoiqu'en beaucoup de cas elle ressemblât à une tumeur ovarienne. L'impossibilité d'atteindre l'orifice du col ajoutait à la difficulté du diagnostic. La consistance prononcée qui fait défaut dans les tumeurs fibreuses de l'utérus, la forme lobulée de la tumeur et sa mobilité indiquaient une affection de l'ovaire. Il est digne de remarque qu'en imprimant des mouvements de latéralité à la tumeur abdominale, la partie renfermée dans le bassin restait immobile.

---

[1] *Medical Times and Gazette.* Londres, 18 avril 1863.

« En 1862 la malade vint me voir deux ou trois fois. Il n'était survenu aucun changement dans l'état local ; seulement la tumeur remplissait tellement le bassin, qu'une intervention devenait imminente pour maintenir les fonctions de la vessie et de l'intestin. Le doigt ne pouvait passer le long de la concavité du sacrum qu'en occasionnant de la douleur. L'opération fut fixée au 2 janvier 1863, avec la réserve qu'on ferait d'abord une incision exploratrice, et qu'on ne continuerait que s'il n'existait pas de difficulté particulière à l'extirpation. Au jour fixé, en présence de MM. Hammond, de Preston; Carr, de Sheffield, et Edlin, dans une chambre chauffée à 23 degrés centigrades, je fis une incision de 33 centimètres, et je mis à découvert une vaste tumeur utérine de forme irrégulière, qui n'offrait aucune adhérence, mais dont une portion était fortement enclavée dans le bassin, dont on ne put l'attirer qu'en déployant un effort considérable. Les ovaires faisaient corps avec la tumeur, qui était recouverte, dans une certaine étendue, par les ligaments larges, dans l'épaisseur desquels elle se trouvait en grande partie développée. A la surface postérieure de la tumeur se trouvaient annexées trois petites masses fibreuses de la grosseur d'un œuf. L'ovaire droit était malade, mais peu volumineux. L'ovaire gauche présentait une forme naturelle. Du côté des ligaments larges la tumeur était couverte de vaisseaux sanguins. Je détachai les ligaments larges, en ayant soin de lier successivement les vaisseaux, et je continuai ainsi la dissection jusqu'au col de l'utérus. Dès que je pus passer mon doigt autour de la tumeur, une ligature formée par trois fils de chanvre indien fut disposée immédiatement au-dessus de l'orifice du col, que je divisai ensuite au-dessus. En opérant ainsi, j'avais l'intention de conserver la partie supérieure du canal vaginal dans toute son intégrité, plutôt que de courir le risque, comme dans le cas de 1844, de comprendre la partie supérieure du vagin dans la ligature au-dessous de l'orifice. De cette manière je prévenais l'introduction si redoutée de l'air dans la cavité abdominale. La tumeur fut enlevée avec une très-faible perte de sang. Les deux lèvres de l'incision furent réunies avec six points de suture entrecoupée, l'abdomen fut entouré d'un bandage et la malade placée confortable-

ment dans son lit. L'opération ne dura pas plus de quinze minutes. On administra à l'opérée 15 centigrammes d'opium.

« Pendant les premières vingt-quatre heures, l'opérée éprouva des nausées et des vomissements très-fatigants; mais cependant l'opium, dont elle prit 50 centigrammes, lui procura quelques moments de sommeil. Le deuxième, troisième et quatrième jour, on s'occupa de combattre l'inflammation péritonéale, qui cessa à la fin du quatrième jour. L'excrétion de l'urine fut entretenue au moyen du cathétérisme souvent répété. Après le quatrième jour, les urines devinrent abondantes, ce que je considère comme un signe favorable. Au quatrième jour, on donna un lavement, et une partie des points de suture entrecoupée fut enlevée : je les enlève généralement au troisième jour. Dans ce cas, un ou deux points de suture avaient coupé la peau, et je les maintins un peu plus longtemps que d'habitude. L'abdomen avait repris sa forme naturelle, mais au sixième jour il se laissa peu à peu distendre. On combattit avec succès l'inflammation par des fomentations. Au huitième jour, l'opérée prit avec plaisir du bouillon et de la gelée de viande, ce qui était devenu nécessaire, d'autant plus qu'il se manifesta le lendemain des symptômes de prostration et de l'insomnie. On administra de l'opium. Le dixième jour, l'état de l'opérée s'améliora notablement. Le onzième et le douzième jour, l'amélioration se continua. Les intestins commencèrent à fonctionner régulièrement. Il survint de l'appétit et du sommeil. Le quatorzième jour, la suppuration s'était établie librement le long des ligatures, et la cicatrisation de la plaie s'opérait d'une manière régulière. L'urine était chargée et avait une odeur fétide : cet état dura encore quelques jours. Le quinzième jour, deux des ligatures se détachèrent; l'urine était moins fétide. Les seizième, dix-septième, dix-huitième jour, l'amélioration devint très-notable; toutes les ligatures se détachèrent, à l'exception de celle du col de l'utérus. Celle-ci était encore très-solidement fixée et je ne crus pas devoir exercer de traction sur elle. Le dix-neuvième jour, l'opérée prit une alimentation très-substantielle. Le vingt et unième et le vingt-deuxième jour, elle se leva pendant deux heures chaque fois. A partir de cette époque, la guérison continua ses progrès. Le tren-

tième jour, la ligature du col persistait encore, mais elle était plus lâche; il ne restait plus qu'un trajet fistuleux le long de la ligature, ce qui n'offrait pas grand inconvénient. Le trente-cinquième jour, l'opérée retourna chez ses parents, après avoir fait sans inconvénient et sans fatigue un trajet de 40 milles en chemin de fer.

« La tumeur extirpée a été examinée par le professeur SIMPSON, d'Édimbourg : elle pesait 5 kilogrammes et demi. La cavité utérine était dilatée et allongée ; elle contenait un polype fibreux à moitié pédiculé, de la grosseur d'une noix. La masse tout entière était constituée par le fond et par le col de l'utérus jusqu'au-dessus de l'orifice, avec une grande quantité de tumeurs fibreuses enclavées dans leurs parois[1]. »

Je n'ai revendiqué nulle part, dans aucun de mes écrits, la priorité de la réussite, ainsi que M. C. CLAY me l'a fait dire gratuitement dans un de ses mémoires[2]. Dans ma communication à l'Académie des sciences (séance du 15 juin 1863), je me suis complu au contraire à signaler, le premier en France, le résultat de la belle opération que je viens de rapporter dans tous ses détails. J'ajouterai même ici que l'éminent chirurgien de Manchester aurait probablement mené à bonne fin la guérison de l'une de ses opérées en 1844 (voy. p. 25), si un accident fortuit arrivé le quinzième jour n'avait occasionné une péritonite, à laquelle elle succomba le lendemain. Mais ainsi que je l'ai rapporté, la première opération de ce genre a été pratiquée par M. HEATH, de Manchester, en 1843, et les premiers succès ont été obtenus par deux chirurgiens américains, MM. BURNHAM en 1853 et KIMBALL en 1854.

Le procédé opératoire de C. CLAY diffère de celui que j'ai moi-même employé. C. CLAY a successivement lié les vaisseaux des ligaments larges, et a ensuite embrassé le col de la matrice par une ligature de fil circulaire; tandis que

---

[1] *Observations on ovariotomy statistical and practical. Also, a successful case of entire removal of the uterus and its appendages*, by C. CLAY, dans *Transact. of the obstetr. Soc. of London*, t. V. Londres 1864.

[2] C. CLAY, *Ovarian extirpations. Cases* 109. *and* 110. Glasgow 1864.

je n'ai placé que deux ligatures métalliques en masse, de chaque côté de l'utérus, au moyen de deux serre-nœuds. Ma manière de procéder expose moins, dans les cas où elle est applicable, aux accidents consécutifs, simplifie l'opération et permet d'obtenir une guérison plus rapide.

L'usage des serre-nœuds permet d'obtenir une mortification complète des tissus liés. Lorsque la ligature est simplement serrée avec les mains, la constriction est imparfaite, et l'on est exposé à l'hémorrhagie consécutive et à la persistance prolongée des fils. C'est ainsi que chez la dernière opérée de C. CLAY la ligature persistait encore au trentième jour; chez une opérée de KIMBALL les ligatures ne tombèrent qu'au bout de onze mois. La première opérée de C. CLAY est morte d'hémorrhagie une heure et demie après l'opération, parce que la ligature avait été serrée d'une manière insuffisante; il en a été de même chez l'opérée de HEATH, qui est morte, dix-huit heures après l'opération, d'une hémorrhagie interne provenant de la surface de section de la matrice; chez l'opérée de PARKMAN, qui succomba au bout de douze heures, et chez l'opérée de SAWYER, morte d'hémorrhagie et de péritonite le sixième jour. Enfin, chez une opérée de KIMBALL la ligature s'échappa le troisième jour. Il résulte de tout cela que, sur dix-huit cas d'extirpation partielle de la matrice, cinq cas ont été suivis de mort par hémorrhagie résultant de constriction insuffisante des ligatures.

Je ne redoute pas, ainsi que C. CLAY, l'introduction de l'air dans la cavité abdominale. En maintenant la plaie béante à l'angle inférieur et en laissant un libre accès à l'air jusque dans la profondeur de l'excavation pelvienne, on favorise, il est vrai, la décomposition du sang et des liquides épanchés; mais d'un autre côté, on leur ménage, ainsi qu'aux tissus mortifiés, une libre issue, et on s'oppose à l'extension de la péritonite en même temps qu'on facilite les injections détersives et désinfectantes.

Aussi longtemps que l'urine qui doit être évacuée à des intervalles rapprochés reste claire et abondante, tout est au mieux; mais dès que l'urine diminue et devient chargée en même temps que le pouls s'accélère et se déprime, le danger est imminent. Si l'urine fait défaut, la mort n'est pas loin.

Les points de suture profonds peuvent être enlevés du troisième au quatrième jour, si la réunion immédiate a été obtenue, s'il n'est pas survenu de tympanite et si l'opérée n'est sujette ni à de la toux ni à des vomissements. Vers le quatrième jour la réunion est ordinairement très-solide et les fils n'ont pas encore sensiblement irrité la peau, pourvu que les points de suture n'aient pas été trop serrés. Du reste, on peut laisser les points de suture profonds pendant dix à quinze jours, si on le juge à propos dans des circonstances particulières; mais le mieux est de les enlever au plus tôt. Quant aux points de suture entortillés, j'ai l'habitude d'extraire les épingles au bout de quinze à vingt heures, après avoir enduit les fils de collodion, sauf contre-indication spéciale.

La substitution du collodion et des cordonnets, susceptibles d'être resserrés à volonté, aux bandelettes agglutinatives, m'a paru réaliser un grand progrès. Ce procédé de suture sèche permet de maintenir la cicatrice dans un état de relâchement très-favorable à la consolidation des tissus divisés.

L'usage du perchlorure de fer employé comme agent momificateur des tissus destinés à se mortifier, et l'emploi du sulfate de fer et du sulfite de soude comme agents antiphlogistiques et désinfectants, ont également contribué à la perfection du résultat.

Notons, en terminant ces remarques, que la présence des serre-nœuds, des tubes en caoutchouc etc. dans la profondeur de la cavité péritonéale, en contact avec l'intestin, n'a donné lieu à aucune complication.

III.

Tumeur fibreuse de la matrice, du poids de 700 grammes. Ascite grave. Extirpation de la tumeur. Mort.

Mme R., d'Ath (Belgique), âgée de trente-cinq ans, d'une très-bonne constitution, est atteinte depuis deux ans d'une tumeur abdominale dont le développement a été progressif et qui s'est compliquée d'ascite, ce qui a déjà nécessité une trentaine de ponctions. L'ascite s'est toujours repro-

duite avec une régularité et une persistance désespérante, malgré tous les traitements qui ont été mis en usage. On a eu recours en vain aux purgatifs, aux diurétiques, aux emménagogues, aux ferrugineux, aux iodés, à l'électricité. Au début, cet ascite était périodique. Après chaque époque menstruelle il se produisait un abondant flux d'urine, qui persistait pendant quelques jours; l'ascite disparaissait complétement, puis peu à peu l'accumulation de sérosité dans le péritoine recommençait et se continuait jusqu'à l'apparition d'une nouvelle période menstruelle. Les règles ayant disparu depuis quelques mois, la sérosité a persisté dès lors à s'accumuler d'une manière continue et avec une rapidité croissante. On a pratiqué d'abord des ponctions à de longs intervalles; puis, dans ces derniers temps, on a été obligé d'y recourir tous les cinq à six jours et de donner issue chaque fois à 12 à 13 litres de sérosité citrine, transparente, très-riche en albumine.

Malgré tous les traitements qui ont été mis en usage et les ponctions répétées, Mme R. jouit d'une santé excellente, mais toutefois elle maigrit et s'affaiblit d'une manière progressive. Elle soutient ses forces par une alimentation abondante et éprouve une faim presque continue. Les urines sont rares et très-chargées.

La distension du ventre a amené depuis quelque temps la formation d'une hernie ombilicale qui s'accroît de plus en plus et a occasionné un prolapsus de la paroi postérieure du vagin, qu'une déchirure peu étendue de la commissure postérieure de l'orifice externe du canal génital a d'ailleurs secondée, et qui donne lieu à une tumeur volumineuse, très-gênante lorsqu'une ponction devient urgente.

Les ponctions ont été suivies à plusieurs reprises d'une prostration des forces et de symptômes de péritonite aiguë; mais d'ordinaire, sitôt la ponction faite, la malade se trouvait très-soulagée et pouvait vaquer pendant trois à quatre jours à ses occupations.

Cependant Mme R. ne pouvait rester perpétuellement dans cet état qui allait en s'aggravant, et l'on était en droit de songer sérieusement de la débarrasser de sa tumeur, qui paraissait être le point de départ et la cause permanente de l'ascite.

Il s'agissait de déterminer la nature, le siége et les connexions de cette tumeur, qui pouvait être considérée de prime abord comme résultant d'une affection de l'ovaire. Cette tumeur était mollasse, occupait toute l'étendue de la région hypogastrique et s'étendait à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Elle ne donnait lieu à aucune fluctuation. A l'auscultation on entendait un bruit de souffle très-marqué sur toute sa surface. Partout, la tumeur était solide et très-vasculaire. La hernie ombilicale permettait d'en explorer en quelque sorte directement la surface antérieure à l'aide du petit doigt introduit dans le collet du sac herniaire. J'ai pu constater ainsi l'existence d'artères volumineuses et de brides cicatricielles nombreuses qui reliaient la tumeur à la paroi abdominale.

Les dimensions de la tumeur en rendaient l'extirpation possible au moyen d'une incision qui ne devait pas dépasser l'ombilic. Les viscères abdominaux ne présentaient aucune lésion appréciable. Le corps et le col de la matrice n'offraient rien d'anormal. Les mouvements communiqués à la tumeur, que le doigt ne pouvait d'ailleurs atteindre à l'exploration vaginale, se transmettaient immédiatement au col utérin. Il n'existait pas de leucorrhée.

Je conclus à l'existence d'une tumeur fibreuse de la matrice, probablement pédiculée, très-vasculaire, avec des adhérences à la paroi antérieure de l'abdomen et avec des adhérences probables aux viscères voisins. L'ascite me parut être symptomatique de cette tumeur, et résulter d'une exhalation ou transsudation séreuse de ses vaisseaux très-dilatés. Il semblait très-probable que l'ascite disparaîtrait par le fait de l'extirpation de la tumeur fibreuse, ainsi que cela s'observe également à la suite de l'extirpation de kystes de l'ovaire compliqués d'ascite.

L'extirpation de la tumeur, quoique très-grave, se présentait avec des chances de succès; mais le succès était subordonné naturellement à l'hypothèse de la non-reproduction de l'ascite, en vue de laquelle seulement l'extirpation était mise en question. Elle était le seul moyen d'arracher la malade, qui d'ailleurs était douée d'un courage sans bornes, à une mort certaine et rapprochée, dans le but de la conserver à sa famille et à ses enfants. L'opération ayant

été décidée pour le 5 décembre 1863, la malade fut soumise aux inhalations chloroformiques, après avoir été ponctionnée et purgée la veille, et après avoir été préparée comme pour une ovariotomie.

La ligne blanche ayant été incisée dans une étendue de 16 centimètres, on donna d'abord issue à environ 2 litres de sérosité qui s'était reproduite depuis la veille; puis l'on mit à découvert la tumeur, qui était extrêmement vasculaire, sillonnée de veines et d'artères volumineuses, et comparable à un placenta. Les vaisseaux étaient en connexion en partie avec la paroi abdominale, en partie avec l'épiploon.

Pour éviter l'hémorrhagie, les adhérences très-multipliées furent peu à peu divisées, après avoir chaque fois compris les vaisseaux entre deux ligatures. Une ligature en masse fut jetée sur l'épiploon, dont les veines étaient énormément dilatées. On dut appliquer ainsi une vingtaine de ligatures. Jusque-là rien que la surface antérieure de la tumeur, alors libre d'adhérences, avait été mise à découvert; aucune anse intestinale n'avait fait irruption en dehors; il n'y avait pas eu d'hémorrhagie.

La tumeur saisie par des pinces à griffes par son extrémité supérieure put être extraite sans effort; elle était entièrement dépourvue d'adhérences à sa partie postérieure. Elle était implantée sur le fond de la matrice à gauche, et avait contracté une adhérence qui, au premier abord, a paru la relier à toute la surface du fond; mais cette adhérence simplement fibreuse put être séparée aisément, et la tumeur se présenta dès lors avec un pédicule étroit, sur lequel on appliqua une anse de fil de fer que l'on serra au moyen d'un serre-nœud, et l'on excisa la tumeur. Les ovaires étaient parfaitement sains, ainsi que le reste de la matrice. En dehors des parties adhérentes, le péritoine n'a paru avoir subi aucune altération. Le résultat de l'opération semblait être des plus heureux.

La guérison de la hernie ombilicale devait être tentée dans cette même circonstance, d'autant plus qu'en prolongeant un peu l'incision, on facilitait la fixation de la ligature de l'épiploon en dehors entre les lèvres de la plaie. Le sac herniaire fut rapidement excisé, et le collet fut avivé de

manière à se prêter à une réunion linéaire. La cavité abdominale ayant été débarrassée avec soin des liquides épanchés, la réunion fut opérée au moyen de quatre points de suture profonde et de six points de suture entortillée, après avoir successivement enduit de perchlorure de fer les tissus compris dans les ligatures. Toutes les ligatures purent être attirées jusque entre les lèvres de l'incision, et être disposées de la sorte dans des conditions favorables de cicatrisation. La perte de sang, déduction faite de celui que renfermait la tumeur, ne s'élevait guère à plus de 30 à 40 grammes.

Après l'opération, tout alla pour le mieux pendant dix à douze heures. Pouls calme et plein. Pas de vomissements chloroformiques. La sécrétion des urines, depuis longtemps enrayée, devint assez abondante. Mais bientôt l'opérée se plaignit d'une sensation de brûlure intérieure et ne tarda pas à éprouver un frisson; puis il se déclara des vomissements qui devinrent porracés, et le pouls faiblit en s'élevant rapidement. Les urines se supprimèrent. Il survint de la tympanite en même temps qu'il s'écoula, à la partie supérieure de l'incision, le long de la ligature de l'épiploon, un liquide séreux.

L'état de la malade me parut désespéré, mais néanmoins je pratiquai une ponction de l'intestin avec un trocart fin dans la région sus-ombilicale, dans le but de remédier à l'oppression. Le ventre s'affaissa complétement et il s'écoula ensuite par la canule près d'un litre de sérosité pareille à celle que l'on évacuait habituellement. Il y eut un soulagement momentané, mais Mme R. ne tarda pas à succomber, après une courte période de collapsus et de coma, dix-huit heures après l'opération.

Dans la région sous-ombilicale les intestins étaient adhérents entre eux et à la paroi abdominale. Un demi-litre environ de sérosité se trouvait accumulé dans la région sus-ombilicale. Les veines de l'épiploon étaient énormément dilatées. Aux environs de la ligature de l'épiploon quelques anses d'intestin grêle étaient injectées et couvertes d'un exsudat fibrineux. L'excavation pelvienne contenait une petite quantité de sérosité.

Je dus conclure de là que la malade avait succombé à une

péritonite consécutive à la reproduction de l'ascite, dont le point de départ paraît avoir été l'épiploon. La péritonite est survenue au moment où les adhérences récentes ont été décollées par l'accumulation de la sérosité, dont l'exsudation abondante doit être considérée comme la principale cause d'une mort si rapide, par suite de l'épuisement qui en est résulté.

Remarques. Les tumeurs fibreuses de la matrice sont fréquemment accompagnées d'ascite. L'épanchement de sérosité reste parfois stationnaire; plus souvent il subit des alternatives d'augmentation et de diminution; il disparaît quelquefois complétement, mais le plus souvent il augmente d'une manière progressive. Il résulte tantôt d'une transsudation mécanique de la sérosité du sang à travers les parois des vaisseaux amincis, tantôt d'une véritable sécrétion de la séreuse, sous l'influence des inflammations péritonéales occasionnées par la présence et par les frottements de la tumeur. L'inflammation aiguë se réveille facilement dans ce dernier cas. C'est ce qui paraît avoir eu lieu dans l'observation précédente. Lorsqu'il existe un épanchement séreux, une péritonite partielle consécutive à l'opération devient rapidement générale du moment que les adhérences ne limitent plus les foyers d'irritation autour des ligatures, que les dispositions prises pendant l'opération et les soins consécutifs doivent tendre à mettre en libre communication avec l'extérieur, afin que les liquides qui en proviennent trouvent une issue facile.

IV.

Tumeurs fibro-cystiques de la matrice. Ablation d'une grande partie de la matrice. Mort.

Mlle G., de Nancy, âgée de trente-six ans, est affectée depuis dix ans environ d'une tumeur abdominale que l'on considérait comme provenant d'un ovaire dont l'accroissement a été progressif et qui s'étend actuellement à 5 centimètres au-dessus de l'ombilic. On a eu en vain recours à la médication iodée. La malade désire ardemment être débarrassée de cette tumeur, qui gêne d'une manière notable les fonc-

tions de l'intestin et de la vessie. La santé a toujours été bonne. La menstruation est régulière, mais elle donne lieu à des ménorrhagies. Dans l'intervalle des époques menstruelles il s'écoule du canal génital, une ou plusieurs fois par jour, par ondées, un flot de liquide filant, albumineux et transparent.

La tumeur est assez régulièrement arrondie, d'une consistance variable, subfluctuante en quelques points, dépourvue d'adhérences à la paroi abdominale. De chaque côté du ventre on perçoit un bruit de souffle et des pulsations. Il n'existe pas d'ascite appréciable. Le col de la matrice est sain, mais il est dévié à gauche et son orifice est un peu dilaté; il n'est pas sensiblement entraîné en soulevant la tumeur abdominale, avec laquelle il paraît pourtant se continuer. Une sonde introduite dans le col pénètre à une profondeur de 12 centimètres. La circonférence du ventre est de 98 centimètres.

Les ménorrhagies, les particularités de la leucorrhée, la profondeur de la cavité utérine, l'état du col de la matrice, le développement et la consistance de la tumeur, le bruit de souffle isochrone aux pulsations du cœur de la malade, formaient un ensemble de symptômes qui indiquaient exclusivement une tumeur fibreuse de la matrice. L'extirpation de cette tumeur, qui d'ailleurs paraissait dépourvue d'adhérences, devait entraîner nécessairement l'amputation sus-vaginale de la matrice. Je me proposai de comprendre la matrice entre deux ligatures latérales traversant le col utérin, et d'établir, s'il était nécessaire, une ou deux ligatures secondaires de chaque côté sur le ligament large, au plus près de la tumeur.

L'opération eut lieu le 19 décembre 1863. Incision de 25 centimètres. Extraction de la tumeur exempte d'adhérences. Toute la matrice, mais surtout le fond, était distendue par des tumeurs fibreuses mollasses entremêlées de collections séreuses. Les ligaments larges étaient en grande partie envahis. Les trompes et les ovaires étaient sains. Il était impossible d'arriver d'emblée au col de la matrice et de le traverser par une aiguille, avant d'avoir lié et divisé de chaque côté les ligaments larges.

Je traversai le ligament large le plus bas et le plus près

possible de la tumeur avec une aiguille munie d'un fil de fer, que je confiai à un aide après l'avoir engagé dans un serre-nœud, tandis que je traversai les parties latérales de la tumeur par un autre fil de fer, avec lequel je fis une ligature en masse destinée à prévenir l'hémorrhagie du côté de la tumeur après la section des vaisseaux. Malheureusement la vis du serre-nœud n'avait pas été serrée. Lorsque je divisai le ligament large d'un coup de ciseau, croyant agir en toute sécurité, il surgit un flot de sang, et avant d'avoir eu le temps de saisir la partie libre du ligament large qui s'était en grande partie échappé du serre-nœud et d'y appliquer des pinces, il s'était déjà produit une perte de sang considérable. On put remédier facilement à l'hémorrhagie à l'aide de deux ligatures. Pour terminer ensuite rapidement l'opération, j'embrassai la base de la tumeur dans une anse de fil de fer, à l'aide d'un grand serre-nœud; je fendis la tumeur et j'en vidai le contenu jusqu'au delà de la ligature, que l'on serrait successivement. Après avoir extrait ainsi toutes les masses fibreuses qui remplissaient le bassin, tout ce qui dépassait la ligature fut excisé. Les ovaires étaient restés au-dessous de la ligature. Les masses fibreuses, qui avaient été énuclées et excisées, pesaient 4 kilogrammes et demi; elles étaient entremêlées de collections séreuses. La cavité abdominale ayant été épongée et tout suintement sanguin paraissant avoir cessé, la plaie fut réunie comme à l'ordinaire, en maintenant ouvert l'angle inférieur qui donnait passage au serre-nœud et à une partie du moignon de la tumeur. L'opérée était très-notablement affaiblie par la perte de sang. Il se déclara un léger suintement sanguin qui a dû provenir d'une petite artériole divisée dans l'angle de l'incision du ligament large, et qui n'avait pas été comprise dans les ligatures. L'hémorrhagie persista malgré tous les moyens employés; elle fournissait environ 80 grammes de sang dans un espace de cinq à six heures. Je jugeai le cas irrémédiable en raison de la faiblesse de la malade, qui succomba le lendemain, trente heures après l'opération.

Remarques. Dans l'observation que je viens de rapporter, la mort a été le résultat d'un accident regrettable qui a occasionné une hémorrhagie grave, à la suite de laquelle l'opération a dû être terminée précipitamment et contrai-

rement au but proposé qu'il eût été autrement possible d'atteindre. Les insuccès résultant de circonstances étrangères à une opération, aussi bien que ceux qui proviennent de l'imperfection d'un détail du procédé opératoire qui est susceptible d'être amélioré, ceux qui proviennent de la maladresse, de circonstances fortuites, ne peuvent pas être invoqués contre elle pour la condamner. Le succès dépend parfois de causes multiples, souvent de particularités qui échappent à une analyse superficielle, et l'expérience répétée d'un même observatenr est quelquefois nécessaire pour arriver au perfectionnement lorsque les renseignements désirables sur des faits analogues font défaut.

Les faits cliniques apportent chacun leur contingent d'enseignements, et au point de vue de l'art, les cas malheureux aussi bien que les cas heureux peuvent servir à suggérer une série de réflexions et à confirmer ou à infirmer les idées reçues, soit à jeter de la lumière sur un point obscur et nous amener à tenter des voies nouvelles.

Les tumeurs fibro-cystiques de la matrice présentent le plus souvent de grandes difficultés au diagnostic. On les confond très-aisément avec des tumeurs de l'ovaire. Elles ont donné lieu à des erreurs nombreuses, même entre les mains des chirurgiens les plus expérimentés. L'erreur est surtout facile lorsque la tumeur est pédiculée. S. WELLS a rencontré trois cas de tumeurs de ce genre, que l'on prit chaque fois pour des tumeurs de l'ovaire et dont les opérées succombèrent.

1. Le 30 avril 1863, M. S. WELLS opéra une malade âgée de cinquante-trois ans, chez laquelle il extirpa un grand kyste qui contenait 13 litres de sérosité et 2 kilogrammes de fibrine. Le kyste se trouvait creusé dans une masse compacte du poids de 8 kilogrammes, qui présentait la structure des tumeurs fibreuses de la matrice. L'opérée s'affaissa de plus en plus et succomba quatre heures après l'opération. La tumeur était pédiculée. Le pédicule ressemblait si bien à celui des tumeurs de l'ovaire, que ce n'est qu'après la mort que l'on découvrit le siége et la véritable nature de la tumeur enlevée, à laquelle se trouvait annexée l'ovaire du côté droit. — La sonde utérine n'avait rien fait découvrir d'anormal du côté de la matrice. On n'avait pu sentir ou

entendre aucune impulsion d'artères. La malade n'avait pas éprouvé des hémorrhagies qui auraient pu indiquer une affection utérine[1].

2. M. S. WELLS avait été mandé à Dublin, pour une opération à pratiquer d'urgence, dès le jour de son arrivée, le 20 juin 1864, chez une personne âgée de quarante-cinq ans, très-amaigrie, mais très-résolue. Il y a dix ans, on avait découvert chez la malade deux tumeurs en apparence solides, dont l'accroissement a d'abord été très-lent et qui n'ont donné lieu à des troubles qne depuis un an. Les deux derniers mois, elles ont pris un accroissement très-rapide. L'abdomen, énormément distendu, mesurait $1^m,65$ de circonférence et l'espace compris entre l'appendice xyphoïde et le pubis $1^m,05$. Il existait une hernie ombilicale distendue par du liquide. La fluctuation était très-évidente au-dessus de l'ombilic, mais elle dépendait de l'ascite, et l'on sentait la tumeur en déprimant profondément la peau. La tumeur paraissait adhérente au-dessous de l'ombilic, où l'on ne percevait pas de fluctuation. Le col de l'utérus était élevé, effacé, étroit, situé au centre de l'excavation pelvienne, où l'on pouvait sentir une partie de la tumeur, derrière le vagin. La sonde utérine pénétrait à 10 centimètres de profondeur. La menstruation était encore régulière. La jambe gauche était œdémateuse. On n'avait jamais ponctionné la malade. M. S. WELLS diagnostiqua « une certaine quantité de liquide libre dans la cavité péritonéale, au-dessus de l'ombilic — ascitique ou ovarique? Au-dessous de l'ombilic un grand kyste multiloculaire adhérent. » Il se proposa de faire une ponction au-dessus de l'ombilic, de ne pas donner suite à l'opération si les adhérences étaient solides, d'enlever la tumeur si elle n'était pas adhérente. La ponction donna issue à 15 litres de sérosité, et la canule, qui avait une longueur de 40 centimètres, put être promenée dans toutes les directions, entre la paroi abdominale et la tumeur, ce qui démontrait qu'il n'existait point d'adhérences de ce côté. En même temps on découvrit que la tumeur était fluctuante en divers points. La malade fut de suite chloroformée. M. S. WELLS fit alors une incision de 18 centimètres au-

[1] *Transact. of the pathol. Soc. of London.* T. XIV, p. 204.

dessus de l'ombilic et mit à découvert la tumeur, qui paraissait être formée par deux kystes de l'ovaire séparés par un sillon profond. Une ponction donna issue à gauche à 5 litres de sérosité sanguinolente, et 1 à 2 litres s'échappèrent encore après avoir retiré la canule. On put ensuite extraire la tumeur, mais on trouva qu'elle adhérait en deux points : d'un côté à la tumeur située du côté droit, de l'autre à la matrice. On divisa les adhérences à la tumeur du côté droit et on lia les vaisseaux qui donnaient du sang. Le ligament large du côté gauche fut lié en deux moitiés avec du fil de soie, et la tumeur, qui pesait 10 kilogrammes, fut excisée. Alors surgit la question de savoir ce que l'on devait faire de la tumeur du côté droit. Prenant en considération son volume considérable, sa compacité, ses adhérences avec le colon transverse et l'épiploon qui contenait des vaisseaux énormément distendus, on décida d'interrompre l'opération, d'autant plus que la patiente était devenue très-faible. La plaie fut réunie. L'opérée ne put être ranimée ; elle continua à s'affaisser et succomba trois heures après le commencement de la chloroformisation.

A l'autopsie on trouva que la tumeur du côté droit, qui avait, ainsi que celle du côté gauche, la structure des tumeurs fibreuses de la matrice, contenait une cavité de 30 centimètres de diamètre environ ; elle était adhérente à la paroi abdominale et en un point au colon transverse; elle se trouvait insérée sur le fond de la matrice; elle avait $0^{m},54$ de longueur, $0^{m},48$ de largeur et $0^{m},21$ d'épaisseur après avoir été vidée. La paroi de la cavité, à son extrémité supérieure, était très-mince, si bien qu'elle paraissait être exclusivement formée par le péritoine, mais elle était sillonnée par des vaisseaux très-volumineux. Les ovaires étaient sains des deux côtés; celui du côté gauche avait été excisé avec la tumeur qui a été enlevée. Le col de la matrice était très-allongé[1].

---

[1] *Dublin Quaterly Journal of medic. sc.*, août 1864.

Ce cas, ainsi qu'un autre cas nouveau d'extirpation de tumeur fibreuse de la matrice et des ovaires, suivi de mort, par M. Dusseris, en 1864, ne figurent pas dans les tableaux statistiques publiés plus haut.

Il y a lieu d'ajouter 24 autres cas dont 4 guérisons.

3. Dans une opération pratiquée le 17 juin 1859 chez une femme âgée de trente ans, M. S. Wells rencontra des adhérences entre la tumeur, l'épiploon et l'intestin. Ces adhérences furent déchirées. L'incision a dû être prolongée jusqu'à l'appendice xyphoïde. Il existait de l'ascite. La tumeur consistait en un corps fibreux surmonté d'un kyste qui renfermait des caillots fibrineux adhérents à ses parois. L'opérée succomba à une péritonite quarante heures après l'opération[1].

S. Wells, après avoir échoué cinq fois, malgré ses éminentes qualités chirurgicales, n'a pas cru devoir encourager dans cette voie. Il a été amené par là à conclure que si lors d'une opération, l'apparence d'une tumeur est suspecte, il faut chercher quels sont ses rapports avec la matrice. Si ses connexions sont intimes, il est du devoir du chirurgien d'interrompre l'opération et de fermer de suite l'incision.

Ce jugement, quoique fondé sur une série constante de cas malheureux et formulé par un chirurgien distingué, ne saurait, selon moi, engager l'avenir. Sans doute, le danger des opérations relatives aux tumeurs fibreuses est très-grave et le diagnostic peut en être très-délicat; mais pour porter un jugement équitable, il faut tenir compte des circonstances qu'ont présenté les cas malheureux au point de vue de l'opération en elle-même et des indications. Les dispositions à prendre pour se mettre à l'abri de l'hémorrhagie n'ont pas encore été bien étudiées, et l'on peut attendre beaucoup encore de l'expérience. Il en a été de même autrefois de l'ovariotomie. Dans l'extirpation des tumeurs fibreuses les difficultés sont plus grandes, mais on ne doit pas désespérer de la voir diminuer plus tard.

Eu égard aux circonstances des cas, mes opérations malheureuses aussi bien que celles de S. Wells ne peuvent pas être invoquées d'une manière absolue contre l'extirpation des tumeurs fibreuses.

Dans les deux premiers cas de S. Wells que j'ai rapportés, les opérées ont succombé aux suites d'hémorrhagies graves (au *choc* de l'opération). Dans le troisième cas, qui était très-compliqué, la malade n'aurait pas guéri très-pro-

---

[1] *Medical Times and Gazette*, 9 juillet 1859.

bablement, quand même la tumeur aurait été ovarique. Dans un autre cas, la tumeur, du poids de 8 kilogrammes, était interstitielle et avait été blessée par accident avec le bistouri, d'où il était résulté une hémorrhagie très-grave. Le corps fibreux fut énuclée, mais la patiente, qui était tombée dans le collapsus, succomba quatre heures après l'opération. Enfin, dans un dernier cas, l'utérus, qui était envahi par des tumeurs fibreuses du poids de 14 kilogrammes, fut extirpé jusqu'au col. La mort survint le quatrième jour, par septicohémie.

Il en est de même des deux cas malheureux de C. CLAY.

Dans la première opération de C. CLAY, chez une femme âgée de quarante-cinq ans, la tumeur était dure, consistante, non fluctuante, d'un poids de 6 kilogrammes; elle fut mise à découvert par une incision de 40 centimètres. La matrice tout entière était envahie par des corps fibreux. Elle fut extirpée en entier avec les deux ovaires, qui étaient malades. On éprouva les plus grandes difficultés pour lier les vaisseaux. L'opérée eut plusieurs syncopes et succomba une heure et demie après l'opération. La ligature avait exercé une compression insuffisante sur les attaches de l'utérus[1].

Dans la deuxième opération de C. CLAY, en 1844, l'opérée en voie de guérison succomba aux suites d'une chute[2].

Si toutes les opérées de S. WELLS ont succombé malgré tous les soins et la remarquable habileté de cet éminent chirurgien, dans le cas suivant de FLETCHER, qui se rapporte à une tumeur fibrocystique pédiculée, la guérison eut lieu malgré les complications d'adhérences, deux ligatures perdues et un épanchement de sang qui n'a été enlevé que d'une manière très-incomplète:

« Une femme, âgée de quarante ans, veuve avec cinq enfants et ayant eu trois fausses-couches était affectée d'une tumeur abdominale mobile qui a été remarquée depuis treize mois à droite et qui a été prise pour une tumeur d'un ovaire. La menstruation avait cessé depuis six mois. La circonférence du ventre était de $1^m,12$. Opération le 14 mai

---

[1] *Med. chir. Transact.* Londres. T. XXXIV, p. 21.
[2] Voy. plus haut, p. 25.

1862. Incision de 26 centimètres. Adhérences à la paroi abdominale et à l'épiploon. La tumeur était en grande partie charnue et renfermait un grand nombre de kystes ; elle pesait 7 kilogrammes et était implantée sur le fond de la matrice par un pédicule de 4 à 5 centimètres de diamètre. Ponction et déchirure d'un grand nombre de kystes. Le pédicule est divisé avec l'écraseur linéaire dans un espace de vingt minutes. Deux ligatures qui durent être appliquées sur des vaisseaux saignants de la surface de section de la matrice furent coupées ras et abandonnées. Plaie fermée par huit points de suture profonde et par une suture superficielle sans que la cavité abdominale ait été épongée. Tranchées utérines. Réaction très-faible. Guérison. — L'opérée a été réadmise à l'hôpital quelques mois après à cause d'un eczéma. Du reste, elle était grasse et bien portante[1]. »

Le diagnostic des tumeurs fibreuses est surtout difficile lorsque la tumeur est en voie de développement rapide, lorsqu'elle est pédiculée et insérée sur le fond de la matrice, lorsqu'elle est creusée de cavités séreuses et lorsque le col de la matrice est normal. Dans un pareil concours de circonstances, le diagnostic peut cependant être éclairé par la ponction et par l'auscultation. Les cavités des tumeurs fibrocystiques renferment ordinairement un liquide séreux qui n'est pas filant comme celui des kystes de l'ovaire et qui ne contient pas les globules jaunâtres granulés caractéristiques de ces derniers. Les épanchements de sang, de pus, que l'on peut y trouver se rencontrent également dans les kystes de l'ovaire. Le bruit de souffle manque rarement dans les cas de tumeurs fibreuses un peu volumineuses en voie de développement rapide, tandis qu'il fait ordinairement défaut dans les tumeurs de l'ovaire. Lorsque le col de la matrice n'est pas envahi par les corps fibreux, il ne peut fournir par lui-même que des caractères sans valeur : on le trouve indifféremment refoulé en avant, en arrière, élevé, abaissé ; il peut ne pas être entraîné par le soulèvement de la tumeur.

---

[1] Routh, *On some points connected with the pathology, diagnosis and treatment of fibrous tumours of the womb.* Londres 1864. Table III, n° 27. — Ce mémoire, d'un éminent clinicien, renferme des documents très-importants pour le diagnostic des tumeurs fibreuses.

La sonde utérine ne fournit pas non plus des renseignements absolus sur la profondeur de la cavité utérine, lorsque cette cavité est incurvée, irrégulière, anfractueuse. Dans ma première observation, dans un cas, il est vrai, sans précédent dans la science, il y avait un concours de circonstances tellement extraordinaires, surtout en raison de l'âge de la malade, qu'il était absolument impossible de poser le diagnostic d'une tumeur fibreuse.

Les principales difficultés qui peuvent se présenter pendant l'opération résultent des adhérences vasculaires étendues de la tumeur, de son volume considérable, de l'envahissement des ligaments larges, de la ligature du pédicule.

Lorsqu'il existe des adhérences étendues on peut se mettre à l'abri de l'hémorrhagie en ayant soin de ne diviser les vaisseaux qu'entre deux ligatures, ainsi que j'ai procédé dans la troisième observation et que j'opère toujours dans les ovariotomies; si les corps fibreux s'étaient développés dans le cul-de-sac recto-vaginal et y avaient contracté des adhérences, la ligature du col utérin deviendrait très-difficile.

Suivant que la tumeur est plus ou moins volumineuse, elle peut être extraite en masse, ou être réduite de volume par l'énucléation des noyaux fibreux les plus considérables ou par une excision partielle. L'énucléation et l'excision ne sont possibles qu'autant que l'on a pu jeter préalablement sur la partie inférieure de la tumeur à son implantation sur la matrice une forte ligature provisoire en fil métallique susceptible d'être serrée par un instrument constricteur puissant. Il ne faut pas perdre de vue que les tumeurs fibreuses sont en général très-vasculaires. Comme leurs veines sont dépourvues de valvules, une simple ponction, l'incision de ces tumeurs sont ordinairement suivies d'une hémorrhagie très-grave si on n'y remédie pas rapidement par une constriction ou par une compression énergique des parties divisées ou de la tumeur en masse.

L'envahissement des ligaments larges par la tumeur donne lieu à des difficultés très-sérieuses et très-graves, parce qu'il empêche d'atteindre le col utérin et d'entourer facilement la matrice par les ligatures.

Le ligament large de chaque côté devra être compris dans

une série de ligatures placées les unes au-dessous des autres jusqu'au col utérin ; il ne devra être divisé que peu à peu de manière à pouvoir rester constamment maître de l'hémorrhagie en ayant soin de lier également les vaisseaux de la tumeur, soit par petites portions, soit par grandes masses, ou de les comprimer avec des pinces, suivant les cas.

Les ligaments larges sont ordinairement envahis par les corps fibreux lorsque la tumeur remplit plus ou moins l'excavation pelvienne où elle peut être reconnue au toucher vaginal, lorsque la profondeur de la cavité utérine est exagérée et lorsqu'on éprouve de la difficulté à refouler la paroi du ventre entre la tumeur et les parties latérales du détroit supérieur. Le col de la matrice est tantôt normal, tantôt effacé, volumineux, situé en avant, en arrière ou au centre de l'excavation pelvienne.

La ligature du pédicule devient par elle seule une source de difficultés, soit que l'on ait recours à des ligatures multiples, soit que l'on comprenne les ligaments larges et le col utérin entre deux ligatures seulement lorsque cela est possible, c'est-à-dire lorsque le corps de la matrice n'est pas gravement compromis. La ligature d'une tumeur pédiculée ne présente des difficultés qu'autant que le pédicule est largement implanté sur le corps de la matrice. Le grand danger de ces ligatures, lorsqu'elles sont faites seulement à la main, résulte d'une constriction incomplète des tissus, ce qui dispose à l'hémorrhagie, soit directement, soit consécutivement au glissement des fils. L'usage des serre-nœuds sera, je pense, à même de prévenir ce danger, mais ces instruments doivent eux-mêmes être resserrés progressivement, parce que les ligatures deviennent peu à peu trop lâches; et lorsque les tissus des ligaments larges subissent une traction, ces derniers ont d'autant plus de tendance à se soustraire à la ligature que leur tension est plus considérable.

Quoique les résultats obtenus jusqu'ici ne soient pas encore très-séduisants, surtout lorsqu'on ne considère que le résultat brut, l'extirpation des tumeurs fibreuses de la matrice par la méthode sus-pubienne ne me paraît pas devoir être repoussée.

Cette opération est jusqu'ici infiniment plus grave que

l'extirpation des tumeurs des ovaires, mais il y a beaucoup à attendre encore de l'expérience et des perfectionnements dont elle est susceptible.

Il serait à désirer que l'on publiât avec détail les opérations suivies d'insuccès que l'on ne connaît la plupart que d'une manière sommaire ou indirecte, afin de mettre en garde contre les mêmes erreurs et les mêmes accidents. Quant à moi je m'engage formellement à publier intégralement tous mes résultats, tant heureux que malheureux.

Dès à présent cette étude ne sera pas inutile, je pense, au moins aux chirurgiens qui pratiquent l'ovariotomie, dans les cas d'erreur de diagnostic. Elle permettra de se rendre compte des difficultés auxquelles on doit s'attendre, des causes des erreurs et des moyens de les éviter en grande partie. Enfin elle fait connaître les dangers de l'opération et les ressources de l'art.

